

ÍNDICE

	Página
APRESENTAÇÃO	5
NOTA PRÉVIA	9
PARTE I	
REFLEXÃO GERAL SOBRE A SAÚDE	
A questão da saúde	15
Conceito de sistema aplicado à saúde	25
REFORMAS NA ÁREA DA SAÚDE	31
Reflexão geral	31
MODELOS DE GESTÃO E DE FINANCIAMENTO	45
1. Introdução	45
2. O controlo dos custos da saúde	48
2.1. A definição de prioridades	49
2.2. Medidas de contenção dos custos	51
2.2.1. Importância estratégica do ambulatório e as alternativas dos hospitais de agudos	52
2.2.2. Utilização de tecnologia pesada	52
2.2.3. Política de recursos humanos	53
2.2.4. Políticas do medicamento	54
2.2.5. Regulação da procura de cuidados de saúde	55
2.3. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde	60
3. Os modelos de financiamento	61
3.1. Modelos de financiamento voluntários	63
3.1.1. Os seguros Voluntários	64
3.1.1.1. Seguro Voluntário com reembolso dos doentes	66
3.1.1.2. Seguro Voluntário com contrato	68
3.1.1.3. Seguro Voluntário integrado	69
3.2. Modelos de financiamento compulsivos	70
3.2.1. Seguro Público Obrigatório Integrado	71
3.2.2. Seguro Público Obrigatório com contratos	72
3.3. A distribuição dos recursos financeiros pelas instituições e pelos prestadores	77
3.3.1. O Pagamento aos Hospitais	78
4. Orçamentos Globais	80
5. Síntese sobre os modelos de financiamento	84
O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	87
PARTE II	
RECOMENDAÇÕES PARA UMA REFORMA ESTRUTURAL	
1. A Organização do sistema de saúde	105
2. A Missão do sistema de saúde português	107
3. Objectivos estratégicos do sistema de saúde português	110
3.1. Reforçar os valores da:	110
a) Universidade e Generalidade	110
b) Equidade no acesso	112

c) Solidariedade no financiamento	114
3.2. Orientar o sistema para os seus utilizadores	117
3.3. Fomentar o princípio da responsabilidade	118
3.4. Fazer evoluir o sistema para um modelo centrado no médico assistente	121
3.5. Concentrar recursos para os doentes de evolução prolongada	121
4. As respostas possíveis para o sistema de saúde português	122
4.1. A organização do sistema de saúde	123
4.1.1. A importância estratégica dos valores potenciados pelo SNS	123
4.1.2. A reorganização dos Cuidados de Saúde Primários	124
4.1.3. A Gestão dos Hospitais Públicos	129
a) Os Problemas	129
b) As Soluções	133
4.1.4. A introdução de regras de mercado no âmbito do Serviço Nacional de Saúde	135
4.2. Financiamento	139
4.2.1. A manutenção de um Seguro Público Obrigatório	140
4.2.2. Seguro Público e Prestação Privada	145
4.2.3. A Distribuição de Recursos e as Formas de Pagamento	147
a) Formas de Pagamento dos Cuidados de Saúde	149
b) O Pagamento aos Clínicos Gerais	149
c) O Pagamento aos Hospitais	152
4.2.4. A participação directa do cidadão nos custos dos cuidados que recebe	156
4.2.5. As despesas da saúde e os benefícios fiscais	158
4.3. Os Recursos Humanos da Saúde	160
4.4. A Questão dos Medicamentos	163
4.3.1. Regimes de Co-Pagamento	165
4.3.2. Condicionamento da Indústria Farmacêutica	166
4.3.3. Condicionamento do Mercado	168
4.3.4. Condicionamento dos Prescritores	168
4.3.5. Conclusão	169
5. Síntese de recomendações	172
BIBLIOGRAFIA GERAL	175
ANEXOS	
ANEXO I - Resolução 13/96, de 24 de Janeiro, do Conselho de Ministros	183
ANEXO II - Despacho 43/96, de 8 de Fevereiro, da Ministra da Saúde	184
ANEXO III - Discurso do Presidente, em 22 de Março de 1996	185
ANEXO IV - Lista das entidades convidadas, por escrito, a enviarem contributos	191
ANEXO V - Discurso de apresentação pública do documento "Opções"	195
ANEXO VI - Pluralismo Estruturado	201
ANEXO VII - Documento da APES	217
ANEXO VIII - Lista de pessoas e instituições que enviaram trabalhos ao CRES	225
ANEXO IX - Opções para um debate nacional	229

APRESENTAÇÃO

O texto que o Conselho de Reflexão sobre a Saúde entrega ao Governo, para discussão parlamentar e pública assenta em cinco pressupostos:

O primeiro é o de que uma reforma estrutural do Sistema de Saúde não tem qualquer sentido se for feita contra os médicos, os enfermeiros e outros profissionais de saúde; pior ainda se o for contra os seus utilizadores, as pessoas doentes.

O segundo é o de que o Governo não tem interesses próprios no Sistema de Saúde. A sua responsabilidade é para com os cidadãos, aos quais deve garantir acesso equitativo a cuidados de saúde necessários e para os quais deve desenvolver actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, segundo os critérios da moderna saúde pública.

O terceiro diz respeito ao encargo solidário dos contribuintes, no pagamento dos custos dos cuidados necessários, prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, a todos os cidadãos. Sem um sistema tributário justo, a solidariedade nos custos torna-se injusta e penaliza indevidamente os contribuintes.

O quarto pressuposto é o de que, em nenhuma página deste texto, o Conselho pretende minimizar ou esquecer a enorme importância das iniciativas dos cidadãos e das suas organizações cívicas ou religiosas, no campo da prestação de cuidados de saúde.

O adoecer individual é uma questão pessoal e privada, que merece — e, hoje, até exige — um atendimento personalizado.

Para além da retórica verbal, que é fácil, o Sistema de Saúde Português deverá evoluir para uma rede plural de prestadores que satisfaçam uma procura que é, também, plural e evolutiva no tempo.

Assim, o quinto e último pressuposto é, finalmente, político. Sem um acordo de regime para a saúde, subscrito por todos os Partidos, não será possível edificar e manter um Sistema de Saúde que, na sua diversidade, dê satisfação a todos os Portugueses.

Porque esta é, verdadeiramente, a única meta de uma Política de Saúde.

Agradecimento

O Conselho de Reflexão sobre a Saúde agradece à Administração Regional de Saúde do Norte o acolhimento prestado e a disponibilização do Funcionário, 3º oficial, Senhor Antonino Leite, que secretariou o CRES com inexcelável qualidade e que justifica o expresso agradecimento que aqui fica consignado.

Agradecimento

NOTA PRÉVIA

Os motivos para a criação do Conselho de Reflexão sobre a Saúde — CRES — estão sucintamente expostos no preâmbulo da Resolução nº 13/96, de 8 de Fevereiro de 1996, do Plenário do Conselho de Ministros (Anexo I) e merecem ser recordados:

“... os problemas ligados à promoção da saúde e ao tratamento da doença devem ser equacionados no quadro das alterações globais previsíveis para os próximos 15 anos, não apenas relativos aos avanços científicos e tecnológicos, mas também relacionados com a redefinição do conceito de direito à saúde.

Assim, tendo presentes estes pressupostos e a necessidade de envolver todos os cidadãos na definição dos critérios relativos à reforma do sistema de saúde, o Conselho de Ministros entendeu criar um conselho de reflexão sobre a saúde, independente e autónomo, incumbido de proceder a estudos e apresentar propostas sobre esta matéria ...

... Assim, nos termos da alínea g) do Artigo 202º da Constituição o Conselho de Ministros resolve:

Criar o Conselho de Reflexão sobre a Saúde encarregado de proceder aos estudos para apresentação de propostas conducentes à reforma do sistema de saúde.

Incumbir o Ministro da Saúde de definir, por despacho, a composição do Conselho e as regras do seu funcionamento bem como a fixação do prazo para a apresentação do relatório final”.

A Ministra da Saúde profere este despacho (Anexo II) no próprio dia em que é publicada, em Diário da República, a Resolução nº 13/96, do Conselho de Ministros, fixando a composição, no nº 1, e as regras de funcionamento no nº 2, que é importante aqui reproduzir:

“2 — O Conselho desenvolve a sua actividade livremente, com total independência e autonomia técnica, sem qualquer vínculo institucional ao Ministério da Saúde, cabendo a este garantir-lhe a cooperação e a disponibilização de meios ou suportes de informação que solicitar”.

Os encargos seriam cobertos pela conta geral do IGIF e aos membros do Conselho não seriam devidas quaisquer remunerações, por vontade expressa das individualidades convidadas para o constituir¹.

¹ Quer a Resolução do Conselho de Ministros, quer o Despacho Ministerial referem a independência e autonomia do Conselho e a desvinculação em relação ao Governo. O objectivo foi o de garantir aos cidadãos que o Conselho trabalhava livremente e estava aberto, sem nenhuma limitação, aos cidadãos e a toda e qualquer instituição sem preconceitos de representatividade ou estatuto. Nem sempre os serviços públicos tiveram presente a natureza do Conselho confundindo-o com um departamento ou serviço do Ministério da Saúde ou atribuindo-lhe dependências hierárquicas de todo inexistentes. O Despacho Ministerial fixa ao IGIF e à Administração Regional de Saúde do Norte a obrigação de prover os meios necessários e estabelecer a composição do Conselho. O Prof. Alexandre Abrantes, membro do Conselho, permaneceu nas suas funções no Banco Mundial, pelo que apenas se pôde deslocar dos USA para participar numa das primeiras reuniões, tendo contribuído posteriormente com textos pessoais. Não lhe tendo sido possível assistir e intervir nas numerosas reuniões de debate dos textos sectoriais preparados pelos membros do Conselho não deve ser considerado

A apresentação pública e início de funções ocorreu em 22 de Março, com a presença da Ministra da Saúde e de altos funcionários do Ministério, mas a sessão foi essencialmente orientada para apelar aos meios de comunicação social. O Presidente do CRES, na sua alocução (Anexo III), declarou que sem o empenhamento dos meios de comunicação social o debate público, tão necessário aos trabalhos do Conselho não aconteceria². Foi ainda feito um apelo à Ordem dos Médicos, aos Serviços Centrais do Ministério, ao DEPS e a todas as pessoas e instituições competentes na área da Saúde para enviarem ao CRES, por escrito, opiniões, pareceres e propostas.

O Conselho reuniu periodicamente a partir de 22 de Março, tendo solicitado contributos específicos escritos a 73 entidades (Anexo IV) e convidado para audições programadas, ou recebido, por solicitação, as pessoas e entidades seguintes³:

Director-Geral da Saúde, Dr. João Nunes Abreu; Directora-Geral do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Dr^a Maria Ermelinda Silva Carrachás; Ordem dos Farmacêuticos, Bastonário, Dr. João Silveira e Colegas da Direcção; Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, o Director, Dr. Luís Magão e outros responsáveis; Departamento de Prospectiva e Planeamento, a Sub-Directora e o Dr. José Lopes da Nave; Presidente do Conselho de Administração do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Eng^o Vasconcelos da Cunha; Associação Nacional dos Sistemas de Saúde; Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Presidente, Dr. Mário Moura; Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Enf^a Maria Augusta de Sousa e Enf^o José Carlos Martins; Partido Social Democrata, Dr. José Carlos Lopes Martins(*) e, na fase final, a APIFARMA.

como estando vinculado à versão final deste documento.

² Deve referir-se que, com excepção das televisões nas quais não foi possível organizar nenhum debate de fundo, mesmo depois da publicação do documento "Opções para um debate nacional", os meios de comunicação social, com relevo para a imprensa, transformaram o ano de 1996 num ano de ouro para as questões da saúde. O dossier saúde esteve sempre presente na agenda de notícias e opiniões dos diários e semanários, com relevo para grandes reportagens sobre o funcionamento dos Hospitais e Centros de Saúde. Este rico material informativo, no qual se inclui a Sondagem de Março de 1996, efectuada pela Universidade Católica (CESOP) para a RDP e Jornal Público e cujos resultados completos foram enviados ao Conselho, foi cuidadosamente apreciado pelo Conselho. No que respeita ao grau de satisfação dos utilizadores, não tendo sido possível ao Conselho promover o seu próprio inquérito nem o que foi solicitado ao Prof. R. Blendon, Professor da Escola de Saúde Pública de Harvard e autor de inquéritos em vários países europeus, os dados desta sondagem foram ponderados na reflexão sobre o grau de satisfação dos portugueses em relação aos serviços de saúde de que podem dispor; apesar das limitações de uma sondagem que não pode separar, como é óbvio, utilizadores de não utilizadores e não pode pormenorizar, nos serviços de internamento, o componente "hotelaria" e o componente "cuidado médico e de enfermagem", além de outras matérias difíceis de precisar.

O Inquérito Nacional de Saúde, do DEPS, contém muitas informações, refere-se a uma amostra muito ampla e é tecnicamente muito rigoroso. Os seus dados mais recentes, relativos a 1996 e já publicados em forma definitiva, foram igualmente ponderados para a questão importante do grau de satisfação dos portugueses com os serviços de saúde de que podem dispor.

³ O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos não pôde corresponder ao convite do CRES. Por dificuldades de datas não foi possível agendar a reunião com o Prof. António Barreto, para obtenção de esclarecimentos sobre os aspectos relativos à saúde na obra que coordenou, intitulada "A Situação Social em Portugal, 1960-1995", cuidadosamente analisada pelo Conselho.

(*) Dos Partidos com assento parlamentar apenas o PSD manifestou interesse em apresentar os seus pontos de vista por meio de representação pessoal em audição programada.

A fim de estimular a participação e o debate foi decidido publicar um texto dirigido aos cidadãos não especialistas em saúde, aos cidadãos comuns, fazendo para eles uma leitura dos indicadores principais do funcionamento dos estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e apresentando, de forma sucinta, as opções possíveis existentes nos diversos países quanto ao financiamento e à gestão de serviços prestadores de cuidados de saúde.

Em cerimónia pública realizada em 31 de Janeiro de 1997 no Auditório da Fundação Eng^o António de Almeida, este documento de 46 páginas impressas foi entregue às pessoas e à comunicação social.

Nas palavras de apresentação (Anexo V) o Presidente do Conselho referiu a natureza do documento “Opções para um debate nacional” e o que se esperava, da discussão que provocasse, para a elaboração do Relatório do Conselho a enviar ao Governo⁴.

À sessão pública de apresentação seguiu-se uma conferência de imprensa.

Algumas pessoas e entidades referiram-se em público, ou enviaram ao Conselho, comentários sobre o documento “Opções” e fizeram-no como se ele constituísse a opinião definitiva do Conselho, o que não corresponde à verdade. Apesar disso todos deram contribuições úteis, tendo as suas sugestões sido apreciadas e incorporadas no relatório final.

Os membros do Conselho e, por vezes, quase todo o Conselho, participaram ou estiveram presentes em numerosas iniciativas de discussão de problemas de saúde, para as quais foram convidados ou às quais compareceram por iniciativa própria. Antes e depois da publicação do documento “Opções” os membros do Conselho estiveram presentes ou obtiveram documentos das reuniões referidas no anexo VI, nas quais foram tratados problemas de saúde.

O Relatório Recomendações que se segue está dividido em duas grandes partes.

A primeira parte apresenta:

- Uma reflexão sobre a questão da Saúde
- A aplicação do conceito de Sistema na área da Saúde
- Uma reflexão geral sobre as reformas de Saúde, em especial, na área de gestão global
- Comentário geral à evolução do Sistema de Saúde Português

A segunda parte contém:

- Os grandes objectivos que o Sistema de Saúde Nacional deve procurar atingir: a missão
- As estratégias que devem ser escolhidas para que tais objectivos possam ser atingidos em tempo razoável e o fundamento da escolha
- Finalmente, as medidas de fundo recomendadas, para cada componente do Sistema, possibilitando que as estratégias revelem a sua eficácia.

⁴ Ficou claro que o volume “Opções para um debate nacional” estava à disposição de quem o solicitasse ao CRES, tendo sido distribuídos, após pedido, 6500 exemplares. Poderá criticar-se o critério utilizado mas o CRES desejou que o volume fosse dado a quem tinha interesse em lê-lo e, por isso, não utilizou a via institucional.

Como se dirá no corpo do Relatório trata-se de proposta global que desenha um Sistema que deverá dar satisfação aos cidadãos que o usam e o pagam e deverá permitir aos profissionais um exercício de grande qualidade no sector que escolherem.

PARTE - I
REFLEXÃO GERAL SOBRE A SAÚDE

A QUESTÃO DA SAÚDE

Exaustivamente tratado nos últimos 50 anos o problema da Saúde, como uma responsabilidade pública, nasce da geração e institucionalização do Serviço Nacional de Saúde, no Reino Unido, em 1947 e 1948. Note-se, no entanto, que por exemplo a partir de Bismarck, se foi consolidando outro modelo com pressupostos diferentes, o qual persiste, com adaptações, na Alemanha e noutros países europeus.

Até então a saúde era uma questão individual e os custos com a sua manutenção e com a cura das doenças eram suportados pela pessoa e/ou pela família. O Estado, as organizações privadas de assistência caritativa, particularmente nos países latinos, intervinham apenas para suporte dos pobres que não tinham dinheiro nem condições para serem tratados em casa ou em hospitais privados. Em Portugal os Hospitais das Misericórdias, por todo o país com relevo para o Hospital de Santo António, do Porto, os Hospitais da Universidade, de Coimbra, e os Hospitais Civis de Lisboa, eram hospitais ditos dos pobres.

Os médicos que trabalhavam nestas instituições não eram remunerados (ou recebiam remuneração simbólica) mas era nelas que aprendiam com os mais velhos, adquiriam treino profissional e progrediam no saber, concorrendo aos lugares de professores e exercendo clínica privada para ricos e remediados que pagavam; e, em regra, para pobres com dispensa de honorários.

Pode dizer-se que, nesta fase da medicina, anterior à descoberta da antibioterapia, nenhum doente deixava de ser atendido e tratado por não ter dinheiro para pagar a despesa da consulta e, nos casos extremos, o custo dos remédios era suportado pelo próprio médico⁵.

O espantoso progresso tecnológico e do conhecimento médico verdadeiramente científico, das doenças, do modo de as diagnosticar e da forma de as tratar com eficácia, ajudou ao quase desaparecimento deste paradigma do médico como homem desinteressado e bom, servindo e ajudando a pessoa doente, exercendo como um profissional liberal autónomo.

Em sua substituição surge o médico-cientista, competente, eficaz, apoiado em tecnologias complementares cada vez mais seguras, possuidor de meios de tratamento médico e cirúrgico que parece não terem limites. Este profissional, orgulhoso do seu saber e da sua eficácia, tornou-se, muitas vezes, demasiado tecnocrata e a sua prática profissional desumanizada e fria. Não desperta tanto o respeito e a admiração mas algum temor e desconfiança, particularmente nos países anglo-saxónicos e terá, em parte, motivado, a partir dos anos 60,

⁵ Esta forma de exercer medicina, muito generalizada na primeira metade deste Século nos países europeus, suscitava um grande sentimento de respeito e admiração por parte das populações. São numerosos, nas nossas vidas e cidades, os preitos de gratidão das populações aos médicos que as serviram, quer com bustos colocados em avenidas e praças públicas quer consagrando o nome do médico numa rua principal da localidade onde exerceu clínica.

um desenvolvimento extraordinário da ética biomédica e das comissões de ética hospitalares ⁶, primeiro nos Estados- Unidos, mais tarde na Europa.

Nesta ordem de ideias o valor do respeito pela vulnerabilidade de alguns dos seres humanos e até de algumas sociedades humanas foi acrescentado aos valores consignados nos quatro princípios clássicos de Beauchamp e Childress (2).

Ser vulnerável é estar em situação de maior risco, de um risco superior ao dos seres humanos em geral, como acentua Samuel Gorowitz (3), no quadro da condição universal de vulnerabilidade que é inerente ao próprio existir humano.

O problema da saúde humana adquiriu, nos últimos cinquenta anos, contornos muito amplos que ultrapassam largamente o adoecer individual, a intervenção singular de um médico e a recuperação do estado de saúde.

Quando se fala da vulnerabilidade inerente ao próprio existir humano, está a invocar-se a noção, hoje irrecusável, que o homem adoecer porque é vulnerável; vulnerável no útero da mãe, na família na qual se desenvolve, na cultura onde é progressivamente inserido, no espaço físico em que habita ⁷, na profissão que exerce e no tempo; este último um risco radical, incontornável, que se efectiva na morte natural.

Este conceito alargado de saúde, que a OMS adoptou na sua conhecida e sempre citada definição, abriu o caminho para a intervenção do Estado.

Tal intervenção, porém, centrou-se não na saúde mas no tratamento da doença, talvez por ser o aspecto mais objectivo, mais fácil de gerir de forma centralizada, com resultados mais rápidos e visíveis e, portanto, mais compensador no plano político.

O *National Health Service* (N.H.S.), do Reino Unido foi o exemplo e o paradigma da intervenção do Estado no universo da cura das doenças. O acto de criação do N.H.S., tem um

⁶ Como exemplo pode citar-se o título de uma Convenção de ética biomédica, elaborada pelo Comité Director de Bioética do Conselho da Europa (1) e que o nosso País subscreveu em 4 de Abril de 1997, em Oviedo, porque o título completo exprime a noção do referido temor e desconfiança das pessoas em relação às intervenções médicas. Na versão oficial, o título completo é: "**Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la Médecine**". Ou seja, porque as aplicações da biologia e da medicina ameaçam a dignidade do ser humano e os direitos do Homem, tornou-se necessário criar uma Convenção que os proteja.

⁷ O conceito de "cidade-saudável", cada vez mais presente nos debates sobre saúde tem subjacente a comprovação científica de que muitos aspectos da organização da cidade — e não apenas os clássicos como o ar, a água e os esgotos — são causadores do adoecer humano. A este conceito de cidade-saudável está ligada a actual expansão das competências e responsabilidades dos médicos de saúde pública na vigilância das características da cidade-saudável.

Também o conceito de "investir para a saúde", que a OMS tem procurado desenvolver (4) significa investir sobre os riscos evitáveis na vulnerabilidade humana. No nosso País, o exemplo mais dramático é o dos acidentes de viação que matam, regularmente, mais de 3000 pessoas por ano, provocam despesas anuais de muitos milhões de contos com o tratamento das muitas dezenas de milhares de feridos e geram um número elevado de deficientes, em especial paraplégicos e tetraplégicos, e ainda bastantes casos de comas vegetativos prolongados.

Segundo dados recentemente publicados (7) as despesas **totais** com acidentes de viação no ano de 1995 atingiram a soma espantosa, mesmo dramática, de **1000 contos por minuto**, 5% do Produto Interno Bruto, igualando, nesse ano, o orçamento do Ministério da Saúde.

grande valor histórico e adquire um indiscutível valor simbólico, ao afirmar que a obtenção de cuidados de saúde pelos cidadãos ingleses deixou de ser uma carga financeira, para muitos insuportável, deixou de depender da caridade de pessoas ou instituições e passou a ser um encargo colectivo dos cidadãos contribuintes em benefício de todos os cidadãos. O direito a cuidados de saúde, hoje considerado, já, como um direito civilizacional — é insuportável, numa sociedade humana civilizada, que alguém não tenha cuidados de saúde porque os não pode pagar —, passou a ser uma responsabilidade de todos.

Há 50 anos, no Reino-Unido, um Serviço Nacional de Saúde financiado pelos cidadãos através dos impostos e constituído por instituições prestadoras de cuidados, pertencentes ao Estado e por este criadas, mantidas e geridas, pareceu ser a melhor solução, ao Governo Trabalhista do pós-guerra, ansioso por dar bem-estar aos cidadãos castigados por anos de guerra e de privações e que, desta forma, se assumiu como um Estado-Providência capaz de fomentar a justiça social (*fairness*), redistribuindo a riqueza e protegendo os mais desfavorecidos. O N.H.S. era um elemento desta política de gestão centralizada de redistribuição de rendimentos em ordem a um ideal de justiça social, que entusiasmou o povo inglês no período de reconstrução da Nação.

Para se compreender o N.H.S. e a sua evolução, é, pois, necessário situá-lo historicamente no contexto político e económico em que surgiu.

Com a passagem dos anos, com as mutações políticas, com a reconstrução do poder económico do Reino-Unido, com a evolução das doutrinas económicas e dos conceitos de competitividade e dos seus limites⁸ e, principalmente, com a actual mundialização económica de importantes componentes da área da Saúde, tudo mudou. Cita-se, a título de exemplos, a invenção, produção e comercialização de medicamentos⁹, de equipamentos aplicáveis no diagnóstico e no tratamento médico e cirúrgico, tais como, TAC, MNR, LASER, as bombas de cobalto e fontes de energia radioactiva, apenas para salientar que será muito difícil imaginar que este tipo de despesas de saúde possam ser consideradas como um elemento de redistribuição de rendimentos numa óptica de justiça social fomentada por um Estado-Providência.

O que se pretende salientar é que a evolução da Europa Ocidental acabou por fixar o direito à saúde, ao melhor nível possível, como um dos direitos sociais, ditos de nova geração. Maria de

⁸ As actas de uma reunião recentemente realizada em Lisboa (5) desenvolvem a ideia de “uma nova geração de contratos sociais globais, simultaneamente tácitos e explícitos, empenhados em identificar as melhores soluções de cooperação no interesse geral de largo número de pessoas e nações”. No primeiro destes contratos — o do apoio às necessidades e aspirações básicas de mais de 3,7 mil milhões de pessoas nos próximos 25-30 anos — inclui tudo o que promove a saúde e evita a doença e todas as actividades curativas, respeitando quatro princípios fundamentais: princípio da **eficácia**, da **responsabilidade**, da **relevância** e da **tolerância universal**.

⁹ Num recente artigo (6) John Abraham e Julie Sheppard, salientam e criticam que, por exemplo o controle de medicamentos no Reino-Unido “*is the most secretive in the western industrialized world and the regulation of the pharmaceutical sector is more secretive than any other part of industry in the U.K. except for the military-industrial complex*”. Porque o público em geral deve estar informado para exercer o seu poder de controle.

Lourdes Pintasilgo, num Relatório (8) que elaborou para o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), analisa a génese destes direitos e a sua relação com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, situando o direito à saúde e o seu âmbito e extensão no quadro mais vasto estabelecido pelo Pacto Internacional dos Direitos Sociais, Económicos e Culturais e, de certa forma, controlado pelo Comité das Nações Unidas sobre os Direitos Sociais, Económicos e Culturais, em funções desde 1987.

O direito à saúde é, de toda a evidência, bem mais amplo do que o simples direito ao acesso equitativo a cuidados para tratamento da doença. Ele envolve, como salienta o citado Relatório do CNECV, todos os aspectos da vida em sociedade dos seres humanos, como a família e o seu suporte ético e económico, a educação para a cultura especificamente humana, uma cadeia alimentar global que, no seu conjunto, promova uma situação saudável dos seres humanos (e também de animais e vegetais) e comportamentos pessoais e sociais que assegurem um ecossistema onde o viver humano seja viável e, tanto quanto possível, saudável¹⁰.

O relatório do Comité de Sábios¹¹, intitulado para uma Europa dos Direitos Cívicos e Sociais (14), assinala que “um bom sistema de saúde de base para todos, permite evitar despesas posteriores de cuidados, bastante mais onerosos e protege mais eficazmente as pessoas doentes e deficientes, melhorando globalmente a saúde da população”.

Entretanto o Acto que criou o Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido provocou, nos 50 anos que se lhe seguiram, uma onda de consequências, de certo imprevisíveis, que se derramou por toda a Europa Ocidental e hoje um pouco por todo o mundo.

A mais importante é que o estado de saúde de uma pessoa não é apenas um bem individual, mas é, igualmente, um bem social; a título ético e não apenas a título económico.

Na sociedade industrial do pós-guerra os empresários contribuíam para os custos dos cuidados de saúde dos seus trabalhadores porque a saúde de cada um era um bem económico para o empresário e o trabalhador descontava uma parte da sua folha salarial para ter cuidados de saúde porque também para ele a saúde era um bem económico, já que ganhava mais estando são do que estando doente, e a doença até podia retirar-lhe a possibilidade de trabalhar e ter salário.

¹⁰ É para se conseguir atingir estes fins que Van Potter criou, já em 1970, o conceito de Bioética, como uma ponte para o futuro e uma estratégia de sobrevivência (9). Este tema, com grandes implicações nas estratégias globais da Saúde, tem sido analisado em publicações estrangeiras (10) e nacionais (11, 12) tendo dado lugar à publicação de um livro (13) em que os principais problemas éticos na prestação de cuidados de saúde são analisados.

¹¹ A palavra sábio é usada para significar o que tem sabedoria, no sentido bioético que é “o conhecimento da forma de usar os saberes científicos para a sobrevivência humana e para a melhoria da condição humana (Van Potter) (19).

Este foi o fundamento da criação, em Portugal, no âmbito das Caixas de Previdência dos Trabalhadores Portugueses, de serviços médicos e mais tarde dos Serviços de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE)¹².

Mas o que a sociedade moderna definitivamente adquiriu é que o estado de saúde de cada um é também responsabilidade ética de todos e realiza, na prática, o princípio da solidariedade que é o suporte da coesão social e, portanto, da própria essência do viver humano; porque os seres humanos são invioláveis como seres isolados, já que o existir com os outros é condição radical do viver humano.

Como esta responsabilidade ética tem custos, estes custos são assumidos, solidariamente, por todos e, por esta via, geram igualmente deveres éticos para quem os recebe, os quais não podem ser esquecidos.

Nas sociedades modernas o Estado é o garante dos direitos sociais como é o caso do direito de acesso equitativo aos cuidados de saúde. Ao assinar a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, Portugal aceitou o Artº 3º que diz *“Les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d’assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée”*.

É certo que, como se escreve no Relatório explicativo da Convenção (15), embora este Artigo 3º defina um objectivo e crie, aos Estados, uma obrigação de prestar serviços, ele não pretende fundar um direito subjectivo, que cada pessoa pudesse invocar nos tribunais, contra o Estado; pretende, apenas, que os Estados, tendo em conta os recursos disponíveis tomem todas as medidas para que o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde seja equitativo e para que os cuidados sejam de qualidade apropriada à cura das doenças.

Quer queiramos quer não, nesta matéria, a Ética é condicionada pela Economia o que motivou uma aprofundada reflexão de J.M. Moreira no livro que publicou em 1996 (16) e no qual afirma as vantagens de “uma visão das coisas humanas que continuamente incentive a cooperação competitiva e as sinergias de mudança entre os agentes de forma a conseguir que o processo social se desenrole de modo harmonioso e se multipliquem as redes de comunicação e se melhorem os sistemas organizacionais; uma visão das coisas que, de forma coesa, fomente ambientes que possibilitem que um número cada vez maior de homens e mulheres cresça e se projecte”.

Assumindo que o acesso equitativo a cuidados de saúde — e não apenas aos meios de tratamento das doenças — é um direito social a que o Estado não pode ser alheio, há que

interesse económico que poderia ter, para a empresa, gastar algum dinheiro, retirado da sua margem de lucro e não do justo valor do salário, no pagamento de cuidados de saúde. Nas sociedades mais desenvolvidas só as cada vez mais raras actividades empresariais de “mão de obra intensiva” poderão ter interesse em participar no pagamento de cuidados de saúde aos “seus” trabalhadores.

defrontar uma questão de fundo que é a da influência das desigualdades sociais sobre o estado de saúde.

Da vastíssima literatura sobre esta matéria que demonstra, de forma exuberante, a ligação entre desenvolvimento económico e cultural e nível de saúde¹³, destaca-se a contribuição de duas grandes reuniões internacionais recentes, uma realizada em Barcelona, por iniciativa do Institut Borja de Bioética sob o título *Distribución de Recursos Escasos y Opciones Sanitarias* (18), outra convocada pelo Institut des Sciences de la Santé, para Bonn, sob a presidência de Baldur Wagner (19), Secretário de Estado da Saúde da Alemanha.

Na primeira destas reuniões defrontaram-se eticistas e economistas. M.R. Sautier do Conselho Consultivo de Ética da França, salienta que o simples jogo das leis da economia de mercado é dificilmente admissível porque leva a uma afectação irracional dos recursos, já que só a procura solvível tende a ser satisfeita, negligenciando-se procuras que deveriam ser humanamente prioritárias, e porque o mercantilismo que irá ligar-se aos bens e às prestações pode conduzir a grandes diferenças, não equitativas, no acesso a esses bens e serviços.

Por outro lado os sistemas centralizados em que o Estado administra a disponibilização desses bens e serviços, com o objectivo de corrigir as leis económicas, apresentam problemas muito graves; estes sistemas conduzem a distribuições profundamente desiguais, não igualitárias, ou racionando em função do dinheiro ou praticando repartições arbitrárias porque são sociologicamente diferenciadas ou mesmo de natureza corporativista. Na prática levam ao nascimento de um segundo sector onde as listas de espera de uma parte da população coexistem com um mercado de cuidados de saúde acessível aos que têm meios para os pagar.

É legítimo recusar estas situações no plano ético; mas dar tudo a todos é, hoje, incomportável, pelas consequências macro-económicas (perda de competitividade da economia, desemprego, etc.) que provoca.

Na segunda das reuniões citadas o economista português C. Gouveia Pinto apresentou os resultados de um estudo cooperativo internacional, em nove países europeus e nos EUA, sobre a equidade ou não equidade no domínio dos cuidados médicos tendo concluído que, quanto mais o sistema de financiamento dos cuidados de saúde é baseado nos impostos mais ele é progressivo (quer dizer, mais a favor dos pobres) e como a prestação de cuidados é geralmente progressiva (a favor dos pobres), não existe nenhuma relação entre as características de cada sistema de saúde (ou seja, o facto de o financiamento ser principalmente público ou privado) e o grau de não-equidade no que se refere à prestação de cuidados de saúde.

¹³ Números expressivos: esperança de vida nos países menos avançados é de 54 anos, e no Hemisfério Norte é de 74,5 anos; mortalidade materna por 100 mil nascimentos é 735 e 11, respectivamente, nos países menos avançados e nos do Hemisfério Norte. Para mais pormenores ver (8).

Na mesma reunião J. Gunning Schepers, analisando o modelo baseado sobre a competição define-o como aquele em que os actores intervenientes são encorajados a fazer esforços para atingir compromissos na quantidade, qualidade e custos dos cuidados de saúde através de negociações em vez de planeamento centralizado; e conclui que, se for combinado com as necessárias salvaguardas, poderá garantir que o dinheiro colectivo gasto com os fornecedores de cuidados dê a melhor saúde possível a toda a população. Algumas das não-equidades sociais em saúde podem ser reduzidas mas a sociedade deve fazer um certo esforço e o governo central deve exercer uma certa forma de controle, mesmo no sistema baseado na competição.

Jorn-Henrik Petersen, usando os dados do projecto COMAC-HSR — *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective* (Oxford University Press, 1993), conclui que os célebres protótipos **X** e **Y** de Culyer, Maynard e Williams já não existem na sua forma pura em nenhum país — o **X** identificado com o privado, o **Y** identificado com o público — e que nenhum deles atingiu o fim ideal que se propunha. Petersen conclui que é um grande risco basear uma análise da equidade nos protótipos X e Y porque a realidade empírica nos 10 países estudados é muito diferente e porque a escolha de um sistema de cuidados de saúde é, em primeiro lugar, uma escolha política, pois não há dados empíricos que, no presente, permitam avaliar a eficiência relativa do protótipo do *Welfare State* em comparação com uma estrutura competitiva, nem estabelecer a sua pertinência relativa, do ponto de vista da equidade.

Como conclusão desta introdução geral ao problema da saúde humana podemos afirmar que o acesso equitativo a cuidados de saúde, promotores, preventivos e curativos, passou a ser considerado um direito social adquirido pelas sociedades modernas. A forma como este direito deverá ser satisfeito é uma decisão da sociedade civil depois de completamente informada das vantagens e inconvenientes dos modelos possíveis. Ao Estado caberá garantir que o modelo escolhido seja implementado e avaliar, de forma constante, se os objectivos propostos estão a ser atingidos e se os princípios éticos aceites estão a ser respeitados.

BIBLIOGRAFIA

1. Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Versão oficial francesa e inglesa. Versão portuguesa anotada por Paula Martinho da Silva. Edições Cosmos. Direito, 1997
2. Beauchamp, T. and Childress, J.F. — Principles of Biomedical Ethics -, 3th edition. Oxford University Press, 1989
3. Poverty, Vulnerability, and the value of Human Life. A Global Agenda for Bioethics. Edited by Z. Bankowski and J.H. Bryant. CIOMS. Geneva. 1994
4. Investing for Health. RHN Conference Services. Number 3. WHO — Regional Office for Europe. Copenhagen. 1996
5. Limites à competição. Grupo de Lisboa. Publicações Europa América. Lisboa. 1994

6. Abraham, John and Shepard, Julie — Democracy, Technocracy and the Secret State of Medicines Control: Expert and Non-Expert Perspectives. *Science, Technology and Human Values*, 22(2): 139-167, 1977
7. VALOR, 6(305): 36-37, 1997
8. Pintasilgo, Maria de Lourdes — Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Documentação. Vol. III, pág. 51-93, 1995-1996
9. Potter, Van Rensselaer — Bioethics, The Science of Survival. *Perspectives in Biology and Medicine*. 14:127-153, 1970
10. Rogers, Arthur et Bousingen, Denis D. — Une Bioéthique pour l'Europe. Les éditions du Conseil de l'Europe. Strasbourg, 1995
11. Archer, L. — Bioética: avassaladora, porquê? — BROTÉRIA, 142(4): 449-472, 1996
12. Serrão, D. — Bioética, a aventura de uma utopia saudável. Colóquio/Ciências, 1859, 1996
13. Archer, L., Biscaia, J. e Osswald, W. (Coord.). BIOÉTICA (406 páginas, 38 autores). Editorial Verbo. Lisboa, 1996
14. Para uma Europa dos Direitos Cívicos e Sociais. Relatório do Comité de Sábios. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1996
15. Rapport explicatif à la Convention pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain, à l'égard des applications de la biologie et de la Médecine. Direction des Affaires Juridiques. Conseil de l'Europe. Strasbourg, 1997(Mai)
16. Moreira, José Manuel — Ética, Economia e Política. Lello & Irmão, Porto, 1996
17. Sánchez Asiain, J.A. — Towards a new culture of work — Investiture Lecture as Doctor Honoris Causa in Economic and Sciences, LEIOA, 1996
18. Distribución de recursos escasos e opciones sanitárias. Institut Borja de Bioética. SG Editores, Barcelona, 1996
19. Inégalités sociales et santé. Europe Blanche XVI. Institut des Sciences de la Santé. 1994

CONCEITO DE SISTEMA APLICADO À SAÚDE

Ao longo deste Relatório vai usar-se, repetidamente, a palavra Sistema e a expressão Sistema de Saúde. É, portanto, necessário expor, mesmo que muito sucintamente, o entendimento do Conselho sobre estes termos.

Um sistema é um conjunto de elementos que estão associados e articulados entre si para o exercício de uma função. Para que haja sistema é necessário que a associação e articulação das partes produza um efeito, um todo, que seja maior do que a simples soma das partes. Há sistemas simples que apenas asseguram o equilíbrio das partes que o compõem; há sistemas mais elaborados em que há regulação por retroacção entre os elementos constitutivos, chamados homeostáticos ou de *feed-back*; e há os sistemas complexos que juntam ao equilíbrio e à homeostasia a capacidade de gerar, por emergência, efeitos ou funções novas e por isso se chamam sistemas adaptativos.

O Sistema de Saúde é um sistema deste último tipo, complexo e adaptativo.

Para que um sistema deste tipo funcione é necessário que as partes, todas as partes que o compõem estejam associadas e articuladas entre si de uma forma permanente e interactiva.

À forma permanente e interactiva de articular e associar as partes componentes de um sistema, chama-se rede¹⁴.

Se queremos ter um sistema de saúde, temos de ter uma rede, de estruturas e relações, a qual pressupõe três elementos básicos: matéria, energia e informação.

A matéria de um sistema de saúde é constituída por todas as estruturas físicas onde se praticam cuidados de saúde — de prevenção, promoção e tratamento — e por todas as pessoas que as usam, sejam os profissionais, sejam os utilizadores.

A energia que faz funcionar o sistema, é a organização que decorre do conhecimento científico e técnico dos profissionais e da capacidade de gestão económica e financeira desenvolvida.

Finalmente, a informação, que é gerada pela acção da energia sobre a matéria, é condição *major* do funcionamento e da eficácia do sistema.

Todos os elementos do sistema de saúde, porque este é um sistema complexo e adaptativo, estão articulados entre si e influenciam-se mutuamente: o médico é influenciado pelos conhecimentos científicos e técnicos que possui, pelas condições da infraestrutura na qual trabalha, pela remuneração que consegue obter pelo seu exercício; o hospital não pode dispensar cuidados sem um corpo de enfermagem competente, organizado e dedicado; o gestor não poderá gerir se não tiver meios financeiros e autonomia; e todo o sistema fica

¹⁴ O **sistema** rodoviário português é assegurado por uma **rede** de vias, de muito diversa natureza, mas todas associadas e articuladas entre si, com múltiplos nós e emergências. A cidade do Entroncamento, por exemplo, é uma típica emergência de um nó numa rede, neste caso a rede do transporte ferroviário.

descoordenado e ineficaz se a informação não estiver disponibilizada em permanência e se dissipar com o tempo.

Deste modelo teórico de concepção do sistema de saúde, podem deduzir-se três consequências práticas:

A primeira é que qualquer intervenção sobre o Sistema de Saúde com o objectivo reformador, não pode ser nunca pontual porque os seus efeitos irão, obrigatoriamente, afectar todos os outros componentes da rede, mesmo que o reformador não o saiba ou não o deseje.

Por exemplo, a construção de um hospital pode parecer uma simples acção no componente material do sistema, mas é uma profunda perturbação na energia e na informação de toda a rede: médicos, enfermeiros, técnicos, outros hospitais, centros de saúde, actividades privadas de saúde, farmácias, laboratórios de análise, companhias de seguros, empresas de produção e distribuição de medicamentos, etc. etc., todos se vão ter de ajustar entre-si, com o financiador e com os utilizadores, para que a integração desse novo hospital na rede seja completa e a sua organização funcional seja eficiente.

Por exemplo, uma mudança na gestão do financiamento, sem ampla e eficaz informação dos utilizadores e dos profissionais e sem alteração da organização do trabalho nas instituições e no seu modelo administrativo e de gestão, não poderá ter efeitos positivos e suscitará a oposição de quem se considere prejudicado, bloqueando o funcionamento do sistema.

Por exemplo, ainda, uma alteração das condições de trabalho de médicos e de enfermeiros no atendimento clínico geral, sem um sistema de informação fluído e eficaz, poderá conduzir a um aumento do número de consultas que vai agravar o bloqueio a jusante e aumentar o descontentamento dos utilizadores e, até, agravar os custos.

A segunda é que nenhuma mudança é possível sem a participação informada e responsável de todos os elementos da rede, cada um segundo a função específica que nela desempenha e as inter-acções que gera com os outros elementos. Porque o sistema existe para exercer uma função e atingir um objectivo e todos os elementos ou partes do sistema são indispensáveis para o exercício da função e para que o objectivo seja alcançado. Nenhum é mais importante do que o outro, todos são indispensáveis e todos estão “condenados” a partilhar entre si interesses e relações.

Para os países democráticos, Londoño e J. Frenk, (1) peritos do Banco Mundial, propuseram recentemente uma metodologia que designaram, de forma original, por pluralismo estruturado. (Anexo VI)

Essencialmente é uma técnica de negociação da estrutura do Sistema e de acompanhamento do desempenho de todas as partes, elementos ou funções que constituem o sistema. Identificadas bem essas partes ou funções — por exemplo, governo, prestadores públicos, prestadores privados, utilizadores, financiadores, compradores, etc. —, cada uma com os seus interesses e a sua representatividade, o passo seguinte é a articulação de todas entre si num

sistema. Consoante as características culturais, financeiras e políticas de cada país, a negociação para a articulação destas partes, num sistema de saúde, pode gerar uma pluralidade de modelos, do mais centralizado, ao mais livre de peias políticas. O essencial na estrutura do Sistema, é o acordo total dos elementos que o compõem quanto aos objectivos. A estruturação é a partilha entre todos das funções e dos desempenhos que irão permitir que o Sistema exista, funcione e atinja os objectivos partilhados e desejados por todos. Em síntese — o Sistema resultante de uma negociação de pluralismo estruturado na Suíça, não será certamente igual ao que resultar de uma negociação em Portugal. E não tem sentido tentar que os hospitais portugueses funcionem como um hospital suíço, quando todas as outras estruturas e funções da rede são diferentes na sua natureza e na sua articulação.

A terceira é que, tudo indica que os sistemas do futuro — todos, incluindo os sistemas de saúde — vão ser sistemas de informatização global, usando ao máximo as capacidades técnicas de virtualização das informações de qualquer natureza.

Esta evolução, já em curso e já com resultados muito prometedores (2) transformará, de modo radical, todas as funções do sistema¹⁵.

Nem a prática médica, nem a prática de enfermagem, nem os meios de diagnóstico, nem as terapêuticas, em especial a cirurgia, nem a gestão, nem principalmente a circulação dos doentes pelo sistema, serão os mesmos daqui a 5 ou 10 anos.

Só um sistema flexível, organizado e acompanhado pela técnica do pluralismo estruturado, permitirá que um sistema complexo, como tem de ser o Sistema de Saúde, seja também um sistema adaptativo.

No horizonte do futuro, em matéria de cuidados de saúde, o desafio é equilibrar o paternalismo com o consumismo despesista e a estabilidade do Sistema com as mudanças necessárias.

E esta é uma responsabilidade essencialmente política.

Os resultados da Auditoria efectuada pelo Tribunal de Contas ao Serviço Nacional de Saúde, no período 1994-1996 e as Conclusões e Recomendações apresentadas ao Governo no Relatório Final são um apelo ao rigor e à transparência na informação financeira, no sector do Estado e não só, para que haja conhecimento público de quanto se gasta em saúde, e para que se avalie bem a dimensão *real* deste “negócio” e qual a sua intervenção na economia *real* do País.

¹⁵ Pode, hoje, afirmar-se que aspectos como a articulação do médico assistente com especialistas e hospitais, a gestão financeira global desde o Fundo Financiador até aos pagamentos, a gestão administrativa global, do pessoal aos stocks de todos os tipos, é já possível (para não dizer banal) em muitos sistemas de saúde. A formação contínua dos profissionais, a telemedicina e o registo informático da parte essencial do processo clínico individual avança rapidamente para as redes interconectadas. Por fim, a virtualização e transmissão pela rede de todo o tipo de imagens, bem como um registo total, multidisciplinar e integrado do processo clínico individual é já tecnicamente possível em algumas regiões. Para futuro preveem-se outros desenvolvimentos, como o controle remoto de certos actos cirúrgicos por meio de instrumentos robotizados.

A negociação segundo o modelo do pluralismo estruturado pressupõe que cada uma das funções, além de defender os seus interesses próprios, legítimos, deverá ter em consideração o enquadramento dos seus interesses nos interesses representados pelas outras funções.

A discussão, no plano prático, deverá seguir regras que tendam a gerar consensos: à partida, todos argumentam em pé de igualdade e nenhuma função é superior às outras; argumentar é um processo de troca e apreciação de informação, de razões e de terminologias; nas questões substanciais não há argumentos dirimentes, decisivos, nem provas absolutas; quando o desenvolvimento da discussão é não-conclusivo, a conclusão a tirar é que, no tema em apreço, não há interesses universais e, então, deverão gerar-se compromissos equitativos e justos.

A sociedade, no seu conjunto, é um destinatário anónimo; mas os seus representantes no campo da discussão propositiva que a metodologia do pluralismo estruturado pressupõe, têm de a representar com a máxima integridade moral e deontológica porque só esta integridade permite a geração de compromissos justos para todas as partes.

Portugal já não é hoje um país sub-desenvolvido, com cidadãos analfabetos e incultos, governantes iluminados e autocráticos e uma economia quase toda subterrânea, exterior a todas as regras, exploradora dos fracos em benefício de arrivistas sem escrúpulos.

O caminho proposto para a necessária evolução do Sistema de Saúde Português está pensado para um Portugal democrático e justo, no qual o Governo e os cidadãos estão preparados para sustentar, em conjunto, um novo pacto social para a saúde que é um pacto para a modernização e o sucesso.

O Governo, nenhum Governo, o deverá impor.

Durante o tempo que for necessário, argumentará de forma objectiva, no teatro da negociação, para conseguir a estruturação plural das diferentes peças que, no seu conjunto, irão gerar um Sistema de Saúde Português, plural mas estruturado.

O Governo não terá posição privilegiada, não vai à negociação dar ordens; o privilégio resulta de que não irá argumentar em favor de interesses sectoriais — como deverá ser, e justamente, a posição dos restantes intervenientes — mas em favor da melhor forma de alcançar os objectivos que ele, Governo, estabeleceu para o Sistema de Saúde Português e que financiadores, prestadores e utilizadores desejam também atingir; pela sua acção específica, cada um na sua função, na sua área de intervenção no Sistema e de uma forma autónoma e responsável.

O filósofo Norman Daniels, que tem sido, desde 1985, um crítico do sistema de prestação de cuidados de saúde dos USA, no quadro da concepção de Rawls dos cinco “*primary social goods*” — liberdades básicas; liberdade de movimento e de escolha de uma ocupação entre oportunidades diversas; poderes e prerrogativas da função exercida; rendimento e bem-estar; bases sociais para o respeito por si próprio — entende (3, 4) que o cuidado pela saúde deve ser acrescentado a estes bens sociais primários. Assim sendo, o cuidado de saúde passa a ser

também parte da **sociedade bem ordenada** de John Rawls (5, 6) uma sociedade com um sistema justo de cooperação entre gerações, constituída por cidadãos que são livres e iguais e efectivamente regulada por uma concepção política pública de justiça, partilhada por todos.

Sendo utópico pensar que a sociedade portuguesa, no seu conjunto, tem já as características de uma sociedade bem ordenada, é legítimo esperar que os responsáveis pelas quatro funções que integram qualquer Sistema de Saúde, actuem, na negociação, como membros responsáveis de uma futura sociedade bem ordenada.

Desta forma, a Saúde, como já aconteceu noutros periodos, irá à frente, a abrir o caminho para uma mudança social orientada para uma maior justiça, uma mais consciente solidariedade e uma profunda melhoria da condição humana.

Este Relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde está orientado por uma perspectiva de futuro, tal como foi fixado na Resolução do Plenário do Conselho de Ministros — **para os próximos 15 anos**.

BIBLIOGRAFIA

1. Londoño, Juan-Luis e Frenk, Julio — Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Technical Department for the Latin American and Caribbean Region. The World Bank. Mimeography. Documento pessoal do Prof. Alexandre Abrantes
2. Moore, B. Rey, D. and Rollings, J. — Prescription for the future. How the Technology revolution is changing the pulse of global health care. Andersen Consulting. Knowledge Exchange. Santa Monica. California, 1996.
3. Daniels, Norman — Just Health Care — Cambridge University Press, 1995
4. Daniels, Norman — Justice and Justification — Cambridge University Press, 1996
5. Rawls, John — Uma teoria da justiça — Editorial Presença. Lisboa, 1993
6. Rawls, John — Political Liberalism — Columbia University Press. New York, 1993

REFORMAS NA ÁREA DA SAÚDE

“Os sistemas de saúde, nos nossos dias, cobrem, simultaneamente, vários aspectos porque são: uma fonte de diferenciação institucional na sociedade, assumindo funções que, no passado, eram desempenhadas pelo indivíduo e pela família; um conjunto de organizações complexas em expansão, com diferentes estruturas de poder; a origem de rendimento e de emprego para um conjunto de gestores profissionais e de técnicos que funcionam no interior de uma complexa divisão de trabalho; o canal que mobiliza, troca e redistribui, grandes quantidades de dinheiro, público e privado; um foco de inovação tecnológica e um lugar privilegiado para o cidadão comum, estabelecer um contacto pessoal com a ciência; um vigoroso sector da economia, com efeitos importantes nas variáveis macro-económicas, como produtividade, inflação, procura agregada, emprego e competitividade; um campo para luta política entre partidos, grupos de interesses e movimentos sociais; um conjunto de sentidos culturais para a interpretação de aspectos fundamentais da experiência humana, como o nascimento e a morte, a dor e o sofrimento, a normalidade e a diferença; um espaço no qual muitas das questões éticas essenciais dos nossos tempos são postas e, algumas vezes, resolvidas”.

J. FRENK, 1994

REFLEXÃO GERAL

Não existindo um modelo de sistema de saúde que seja claramente melhor e para o qual todos os países, designadamente os países europeus, devessem evoluir, há contudo uma preocupação que é comum às nações europeias para não dizer às de todos os Continentes: a questão da subida dos custos globais, seja qual for o modelo adoptado, tanto em valor absoluto como em percentagem da riqueza produzida por cada País. E este aumento dos custos tem de correr paralelamente às outras vertentes do sistema, tão ou mais importantes que os custos, como a qualidade de cada cuidado e a cobertura total da população. Esta dificuldade foi já chamada trilema (1) e pode ser assim enunciada:

1. Os custos dos cuidados necessários, de boa qualidade, são cada vez mais elevados.
1. Tais cuidados podem ser racionados até ao limite economicamente sustentável, mas esta decisão política é eticamente discutível.
1. Os cuidados podem continuar a ser para todos desde que de qualidade inferior para serem mais baratos, mas esta decisão é dificilmente aceitável pelos profissionais de saúde e pelos doentes.

Trilema ético, técnico-profissional e económico-financeiro, difícil de resolver em qualquer país. Para tentar ultrapassar a dificuldade que o trilema configura, a via geralmente seguida tem sido a elaboração de relatórios de análise da situação, discussões públicas, propostas de soluções apresentadas nos órgãos representativos da soberania do povo.

O Conselho de Reflexão sobre a Saúde analisou, cuidadosamente esses textos, com relevo para os europeus (2, 3, 4, 5) e procurou saber qual foi a sua eficácia após terem sido apresentados. Também teve em conta as análises e propostas da OCDE sobre políticas de reformas da saúde (6) e da OMS (7, 8, 9).

Seria despropositado estar aqui a expor, uma por uma, estas análises que são coincidentes no objectivo *major* — reduzir os custos globais — mas muito divergentes nas estratégias da reforma, porque partem de realidades instaladas diferentes.

O documento da OCDE tenta fazer a análise em 17 países mas a informação utilizada não vai nunca além do ano de 1993 (por exemplo em relação a Portugal são deste ano os dados apresentados). Contudo, a síntese feita pelo Prof. Brian Abel-Smith, mereceu uma reflexão aprofundada pelo seu valor interpretativo tanto das situações como dos projectos de reforma ou das reformas em curso.

Os sete grandes estrangulamentos que Abel-Smith identifica quando se pretende passar de uma situação de comando e controlo para uma outra com alguma competitividade e um quase-mercado são estes: como pode o Estado arbitrar quando compradores e vendedores de serviços são públicos, como pode negociar-se com uma organização monopolista de médicos, como garantir alguma liberdade de escolha ao consumidor, como ter a certeza de que as despesas administrativas da nova organização não vão absorver os ganhos de eficiência, como evitar a selecção negativa dos doentes (desnatação), como garantir a qualidade e, finalmente, como informar de modo exaustivo os utilizadores para que o mercado seja o menos assimétrico possível?

E termina com a grande dúvida que se põe aos governos de todos os países quando querem empreender uma reforma dos seus sistemas de saúde: *How much is enough?*

Estes estrangulamentos principais e outros menores têm de estar presentes sempre que se pretenda reformar um sistema instalado cujos actores principais resistirão, naturalmente, à mudança.

O caso da Espanha é paradigmático. A comissão presidida por F. Abril Martorell fez uma descrição crua e uma avaliação corajosa do sistema de saúde espanhol em termos de qualidade, equidade e eficiência; mostrou, com o apoio do Prof. R. Blendon da Harvard School of Public Health, que 77% dos cidadãos espanhóis entende que o sistema necessita de mudanças fundamentais ou de uma completa reforma. Formulou, em 1991, as medidas necessárias para a reforma, as quais se revelaram totalmente inexecutáveis em termos políticos.

Em Outubro de 1996, em Madrid, Abril Martorell, presidindo à XVIII Conferência Europe-
-Blanche, promovida pelo Institut des Sciences de la Santé de Paris (10), afirmava: *“La politique sanitaire, en raison de son impact sur la Société est une question sensible. C’est*

pourquoi, tout changement devra être progressif et le plus consensuel possible. La tendance actuelle visant à une plus grande participation du secteur privé dans la gestion de la Santé, en maintenant un financement publique qui garantisse l'équité, sera probablement l'une des chemins à parcourir pour parvenir à une plus grand efficacité et à un meilleur service".

Cada uma das comunicações apresentadas nesta reunião internacional tem o maior interesse. Salienta-se a de Sir Duncan Nichol, do Reino Unido, antigo Director Executivo do NHS que apresenta, de forma claríssima, a situação do quase-mercado para o qual evoluiu o Serviço Nacional de Saúde inglês, depois da reforma Thatcher e assinala um dos seus efeitos principais que foi o desvio do equilíbrio de poderes, no Sistema, do sector hospitalar para o sector dos cuidados primários, para os GP como gestores de fundos públicos (*foundholders*). Porque o primeiro objectivo do Sistema passou a ser a identificação das reais necessidades de saúde da população em vez de ser, como no passado, o desenvolvimento das aspirações das instituições de saúde.

As dificuldades resultam da dimensão deste quase-mercado ou mercado interno: 34 mil milhões de libras de negócio, um milhão de pessoas envolvidas, 88% dos fundos provenientes dos impostos.

A conclusão final de quem teve a responsabilidade de gerir o NHS é muito nítida e sem ambiguidades: se aumentar o fosso entre a oferta de serviços pelo NHS e a procura pelos cidadãos os debates sobre financiamento ou racionamento serão inseparáveis; e a questão já não será saber se os cuidados irão ser racionados mas sim como racioná-los de forma equitativa.

Com a sua vasta experiência, vivida na concepção da reforma do NHS em 1989 transformada em Lei dois anos depois e que ainda está a ser progressivamente introduzida no Sistema, Duncan Nichol propõe a seguinte *check-list* para o funcionamento de um Serviço Nacional baseado no GP (médico assistente, clínico geral):

- Rede integrada de médicos ao longo do *continuum* dos cuidados.
- Protocolos e regras de actuação para as situações mais comuns.
- Programas de educação dos doentes bem organizados e apresentados.
- Gestão individual de cuidados para os doentes de alto risco e alto custo.
- Alinhamento adequado de incentivos ao longo de todo o serviço de saúde.
- Obtenção cuidadosa da informação clínica no local da prestação.
- Mudança dos padrões dos cuidados clínicos em vez de transferir os custos.
- Desenvolvimento de uma cultura de prática médica em colaboração.

A reflexão pormenorizada sobre estes pontos levar-nos-ia muito longe mas é importante referir que o primeiro ponto é capital.

Uma rede integrada de médicos, os quais actuam numa outra rede que é constituída pelas estruturas físicas, pelas quais circula a pessoa doente, guiada pelo seu médico assistente, mas, que é também uma rede informática, pela qual circula tudo o que interessa ao conhecimento do doente e da doença — esta é, de facto, a estrutura base sobre a qual todos os restantes pontos poderão ser implementados: o desenvolvimento de protocolos e regras de actuação nas doenças comuns, a cultura de colaboração entre os médicos, seja qual for o ponto ou nó da rede em que estejam situados, sem hegemonias nem superioridades de qualquer sentido ou justificação, e um sistema apropriado de incentivos onde e quando não se possa contar com a proverbial dedicação e generosidade de médicos e enfermeiros ¹⁶.

Num sistema em que haja autonomia dos prestadores estes terão de se organizar desta forma, conseguindo que a coesão tecnico-científica e organizativa dos médicos, cujo desempenho prático é a peça fundamental de qualquer sistema, corresponda uma coesão das estruturas físicas nas quais a prática médica acontece.

Usando, ainda, a experiência da última reforma do NHS, baseada nas concepções de Enthoven, S. Heppell enuncia as oito lições que, como Chairman do Management Board, aprendeu ao intervir no processo de reforma da saúde no seu país. Em síntese são:

1. É difícil gerir uma reforma; é particularmente difícil quando se pretende uma base consensual para o tempo e o modo da reforma. O público e os profissionais de saúde estão presos ao sistema existente e sentem-se ameaçados pelas mudanças.
1. As mudanças levam tempo. Mas o tempo, só por si, não tornará aceitável o que for inaceitável.
1. É importante estabelecer um cronograma para a reforma evitando o atraso pelo gosto de atrasar.
1. É igualmente muito importante dar uma atenção adequada aos profissionais de saúde. As suas participações e preocupações devem ser tomadas totalmente em linha de conta. Mas não ao preço de bloquearem todo o progresso.
1. As alterações no equilíbrio do poder são impopulares. A descentralização não é bem vista pelos que têm influência no centro. A centralização não é bem vista pelos que têm poderes delegados.
1. A mudança, se for evolutiva e voluntária, é mais fácil. As reformas não devem ser introduzidas todas de uma só vez.
1. A mudança nunca é livre nem indolor. Terão de ser encontrados alguns recursos extraordinários.

¹⁶ O Prof. Constantino Sakellarides que animou a discussão desta e das outras comunicações da primeira sessão enunciou os três aspectos básicos na definição de uma macro-política centralizada — a convergência entre objectivos de saúde e financiamento, a solidariedade com os que não têm salário nem recursos, a re-negociação do contrato social para a saúde — sem esquecer a necessidade de criar polos regionais de decisão e de reforma.

1. É necessário comunicar e difundir os aspectos-chave da reforma de tal forma que tanto o público como os serviços prestadores de cuidados de saúde conheçam e compreendam bem o que está a ser proposto, porque é que está a ser proposto e como irá ser implementado no terreno.

E conclui: reformar a saúde não é receita para uma vida fácil nem é tarefa para corações fracos. Mas quanto mais a reforma for adiada mais elevado será o seu custo final e o valor de uma reforma com sucesso pode ser muito grande ¹⁷.

A conclusão final deste colóquio internacional que reuniu em Madrid, há um ano, os principais responsáveis por movimentos de reforma da saúde nos países europeus, foi apresentada por Louise Germing - Schepers, professora de Medicina Social em Amesterdão, sob o título sugestivo de *European Health in 2020: a vision of choices to be made*.

O cenário traçado por esta especialista que é membro do Conselho de Saúde holandês e do Conselho Científico para a política governamental holandesa, é algo sombrio e muito preocupante. “Passámos 25 anos, diz, a desenvolver políticas de saúde que atingissem o objectivo de aumentar a proporção de pessoas que recebem cuidados de saúde e de aumentar as prestações dos seguros de saúde; passámos mais 25 anos a desenvolver políticas de contenção de custos melhorando a eficiência através das reformas dos sistemas de saúde; entrámos agora numa nova era na qual haverá mais intervenções em saúde efectivas, úteis para as pessoas, do que as que nós, país, podemos colectivamente pagar; pelo que, pela primeira vez, as escolhas irão de facto fazer sofrer, ser prejudiciais, porque haverá benefícios para a saúde, aos quais, de facto, teremos de renunciar”.

Muitas das actuais propostas de reforma, amplamente discutidas pelo público e pelos Parlamentos, não foram implementadas porque constituem o dilema político que mais pressiona os governos por causa das decisões dolorosas a tomar e da sua muito controversa natureza. Ou seja reformar o sistema de saúde obriga à reforma das escolhas políticas quanto ao papel do Estado no bem-estar dos cidadãos.

¹⁷ Lindroos, jurista e conselheiro para a saúde do governo finlandês, que moderou e animou a síntese das sessões deste primeiro dia, declarou que se tivesse de dar ao seu governo um conselho sobre esta matéria começaria por estes oito pontos de S. Heppell e a seguir diria ao seu governo que desse atenção aos médicos e a outros profissionais de saúde que trabalham duramente e sob grande stress e não têm tempo para estudar grandes tratados e grandes relatórios no seu trabalho diário; o que eles precisam é de informação facilmente acessível, em rede informática, sobre os resultados da *evidence-based medicine*, a medicina baseada em provas: que diagnósticos e tratamentos são actualmente eficientes e quais os que são mais ou menos inúteis. Diria, ainda, que tanto quanto possível dê às pessoas o direito de escolha porque não agravará muito os custos e os doentes e a população em geral sentir-se-ão muito mais felizes.

Toni Blair, durante a recente campanha eleitoral afirmou: primeiro vou verificar se os actuais orçamentos estão a ser bem gastos — eficiência; depois vou verificar se os tratamentos efectuados estão baseados na melhor evidência e se o dinheiro não está a ser desperdiçado com tratamentos não efectivos — efectividade clínica; só depois destes dois aspectos terem sido cumpridos é que um futuro governo trabalhista verá se ainda há um buraco no financiamento que tenha de ser tapado.

A responsabilidade colectiva em termos financeiros irá exercer-se sobre uma hierarquia de serviços médicos necessários, definida pelos profissionais de saúde e aprovada pela população como é proposto no relatório sueco (2).

A eficiência é um pressuposto para que a solidariedade seja legitimamente exercida (particularmente quando é obrigatória). Esta eficiência máxima tem de ser obtida nas prestações mas também na gestão dos custos; quer o financiamento seja pelos impostos quer seja um desconto obrigatório para um fundo de saúde, indexado aos rendimentos pessoais.

Nesta terceira fase, em síntese, a grande questão já não é **“que percentagem do Produto Interno Bruto vamos gastar em saúde?”**; mas sim **“que saúde queremos e podemos pagar para os nossos cidadãos?”**.

Reformar o Sistema de Saúde para o tornar financeiramente sustentável sem quebra de qualidade e sem que sejam afectados valores como a equidade e a universalidade, continua a ser, nos países europeus e um pouco por todo o mundo, uma tarefa difícil para os governos, seja qual for a sua orientação ideológica e a sua concepção macro-económica.

Os cuidados de saúde, como a educação, deixaram de ser bandeira política ou sinal emblemático das diversas culturas ideológicas. São hoje um direito social e civilizacional, como acentuam os “relatórios sobre o desenvolvimento no mundo” do Banco Mundial e as obras de diversos autores (11, 12) sobre mundialização das economias, das tecnologias e dos serviços. Em Portugal, a avaliar pela síntese dos programas políticos dos diversos partidos na área da Saúde, publicada na revista Gestão Hospitalar (13), as diferenças nas linhas de orientação estratégica não são muito significativas e as que existem noutros planos, como o do papel do Serviço Nacional de Saúde, o financiamento, a gestão e as regras de mercado são claramente negociáveis¹⁸.

De facto, ultrapassada a fase de usar a prestação de cuidados de saúde como meio ou instrumento do debate ideológico e político, porque “cuidados de saúde para todos os cidadãos” é um dado social definitivamente adquirido, uma reforma do Sistema de prestação destes cuidados para todos terá de ser um pacto de regime, uma questão de Estado que cruza, horizontalmente, todos os partidos políticos.

Este pacto de regime, gerado pelo consenso após um debate informado e prolongado (dois anos demorou, no Reino-Unido, a discussão para a elaboração dos anexos técnicos indispensáveis), criará o compromisso de execução ao Partido que, em cada período legislativo, tiver a responsabilidade de governar a Nação. Nenhuma das várias reformas do NHS feitas pela alternância de governos trabalhistas e conservadores tocou nos objectivos essenciais do Sistema; o que houve foi pequenas mudanças de estratégia e grandes

¹⁸ Esta síntese foi considerada, pelos Partidos, basicamente correcta, em resposta à pergunta directa que o CRES enviou aos responsáveis dos Partidos em causa, PSD, PS, PCP e CDS-PP. O PCP contribuiu com esclarecimentos suplementares por meio de documentos próprios, muito completos, que reforçavam a síntese apresentada pela revista Gestão Hospitalar.

alterações nas medidas concretas para a obtenção dos efeitos prometidos pelas estratégias mas que não foram muito sentidas pelos cidadãos.

O consenso político é para a reforma possível e não para a reforma sonhada pelos especialistas, sejam eles políticos voluntaristas (em especial quando fora das responsabilidades efectivas de governar), economistas da saúde, gestores de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais.

Em Espanha, após o fracasso da implementação do relatório Abril Martorell, surge, seis anos depois, um novo documento da maior importância, cujo título é, sintomaticamente, SANIDAD — La Reforma posible (14).

E trata, de facto da reforma possível.

Foi elaborado por especialistas do Instituto de Dirección Y Gestión Pública da Escuela Superior de Administración e Dirección de Empresas sob a direcção de Rafael Bengoa que organizou quatro grandes grupos: a saúde como Serviço Público; a saúde e os cidadãos; um novo contrato social; o financiamento, organização e gestão — envolvendo 36 peritos e 16 consultores ¹⁹.

Sendo impossível resumir um texto denso de 150 páginas destacamos os tópicos mais salientes em cada grupo tal como aparecem nas Recomendações que são, no total, 76, sendo 21 relacionados com o caso específico do equilíbrio entre o governo central e o governo das autonomias.

A primeira ideia — reconhecida a necessidade urgente da transformação do *Sistema Nacional de Salud* porque o fosso entre os recursos disponíveis para prestar cuidados e as expectativas dos utilizadores se alarga todos os dias — é esta: o futuro das políticas de saúde é inseparável da evolução global dos serviços públicos; esta evolução é prioritária e dela beneficiará o Sistema de Saúde. Como?

Construindo novos esquemas organizativos que fomentem a gestão eficaz e eficiente dos serviços públicos; redesenhando os sistemas de controlo da actividade pública adequando-os a este contexto específico; arejando o conceito do estatuto do emprego público e fazendo emergir uma nova cultura da responsabilidade na gestão pública; renovando, em profundidade, o padrão das relações entre a Administração (o Estado) e os cidadãos; por último a gestão dos serviços públicos não deve exercer-se contra o mercado mas sentir-se complementar da dinâmica do mercado.

Partindo do princípio de que esta reforma dos serviços públicos é posta em movimento e de que, nos países europeus, se está a gerar o consenso de os serviços públicos serem cada vez menos monolíticos, mais empresariais e menos burocráticos, com evolução para uma cultura de contratos mais orientada para o utilizador e com lugar para alguma competição para

¹⁹ O CRES agradece ao Dr. Octavi Quintana-Trias, perito, a cedência do texto deste Estudo que está a despertar um enorme interesse em Espanha pela sua clareza, pela sua segurança e actualidade na reflexão teórica e pelo pragmatismo nas propostas concretas.

fornecedores de serviços, está criado o espaço e obtidas as condições para uma reforma do *Sistema Nacional de Salud*.

O diagnóstico da situação, em Espanha, mostra:

- Cidadãos sem poder real
- Fraca integração entre os níveis assistenciais
- Gastos crescentes, orçamentos insuficientes
- Listas de espera perpétuas
- Inovação lenta
- Que não é dada prioridade à qualidade e a um exercício médico bem fundamentado (*evidence-based*)
- Sistema perverso de incentivos
- Excessivo condicionamento pela política laboral
- Estilo de gestão excessivamente hierárquico

os fins que o Sistema pretende atingir estão bem definidos:

- Equidade de acesso aos serviços básicos
- Orientação dos cuidados para os utilizadores e para as necessidades locais
- Prevenção das doenças e promoção da saúde
- Melhoria contínua da qualidade e da efectividade clínica
- Utilização dos recursos existentes da forma mais eficiente possível

os valores sociais em relação com a saúde são consensuais em Espanha:

- A solidariedade
- A equidade (entendida como oportunidade de acesso ao serviço igual para uma necessidade igual)
- A eficiência (valor emergente tanto no plano administrativo como no da prática médica)

As medidas de reforma devem atender a estes valores, os utilizadores e os cidadãos em geral devem ter mais informação sobre o sistema de saúde e também sobre a sua doença para poderem exercer a autonomia de decisão que é um direito pessoal; o Sistema deve permitir tratar, com objectivo de curar, mas também atender e acompanhar quando não é possível curar; finalmente gerar um novo contrato social com os cidadãos fazendo-os participar nos debates públicos sobre os problemas do Sistema de Saúde e sobre as formas de os resolver com as medidas reformistas.

A equidade no acesso dos cidadãos, sem discriminação de lugar de residência, de tempo, de meios complementares e de cuidados especializados ou hospitalares é uma grande

preocupação deste Estudo, como o é a satisfação do direito dos cidadãos a uma informação completa e pormenorizada²⁰.

Também são feitas recomendações oportunas sobre a relação médico-doente, que está a evoluir para se adaptar à crescente autonomia do doente sem prejudicar o efeito da relação empática e de confiança mútua, e, ainda, sobre a qualidade dos serviços e a satisfação dos cidadãos.

O novo contrato social que a reforma deve construir passará pela representação directa dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde, do qual são os autênticos proprietários, e nos órgãos de decisão do Serviço, sendo certo que esta participação pode ser fundamental para a qualidade do atendimento; nesta área valoriza o que chama participações “produtivas” que são representadas pelas organizações de voluntários e outras iniciativas da sociedade civil para acções de entre-ajuda e apoio social.

No que se refere à organização, o Estudo recomenda, além de medidas que se referem às Comunidades Autónomas, a introdução de elementos de des-regulação das instituições prestadores de cuidados de saúde aconselhando a criação de empresas públicas com personalidade jurídica — e responsabilidade — próprias, dotadas de instrumentos de gestão que melhorem a sua competitividade. Para tal, é necessário iniciar um debate sobre a reforma dos Estatutos do pessoal de saúde. As características particulares da profissão médica encaixam com dificuldade num modelo de retribuição de tipo salariado e de função pública, devendo prever-se, no futuro, diferentes níveis contratuais com sistemas de retribuição variável e, para já, imaginar nas novas contratações um sistema mais flexível e de acordo com as características dos médicos como profissionais liberais de cuja actividade resulta um “multi-produto”.

Também recomenda a abertura de um debate construtivo sobre o papel da medicina privada, debate público sério e de investigação sobre a complementaridade do sector privado que conduza à inovação e ao aproveitamento óptimo da diversidade e pluralidade de oferta de serviços existente no País. A importância de um sector privado sem fins lucrativos é relevada mas afirma que a política actual, em que a Administração fixa as tarifas abaixo do custo real dos serviços, deixa ao sector não público um papel mais residual que complementar destinado a absorver a patologia mais simples, menos importante e que permanece nas listas de espera.

A incorporação dos profissionais numa via de reforma merece uma atenção cuidadosa aos responsáveis por este Estudo.

²⁰ Por exemplo, com um catálogo de prestações que responda à pergunta do cidadão — a que é que tenho direito? — a organização do sistema e a forma de o usar, a carteira de serviços de cada um dos prestadores e a sua organização (para responder a perguntas, todas legítimas, dos utilizadores, como: há serviços de reabilitação neste hospital para o pós-operatório traumatológico? Há cuidados paliativos (de acompanhamento) domiciliários após a alta em doença oncológica? Há coordenação com um centro sócio-sanitário para doentes que carecem apenas de cuidados intermédios, como os hemiplégicos estabilizados? etc. etc), as características da lista de espera e uma informação transparente sobre os resultados obtidos pelos Serviços e pelos profissionais.

Estão já a acontecer mudanças incontornáveis no paradigma clássico do exercício dos profissionais de saúde: os utilizadores deixaram de ser passivos, estão informados e têm direito a ter cada vez melhor e mais completa informação; a tecnologia médica é cada vez mais complexa e múltipla, forçando o doente a circular entre vários médicos e técnicos; o diagnóstico e o tratamento de muitas doenças, nomeadamente oncológicas, são estabelecidos por um grupo de profissionais e aderem, cada vez mais a protocolos de actuação estandardizados e integrados em grupos cooperativos internacionais cujo objectivo é alargar a muitos países a prática de uma medicina fundamentada²¹.

Os cidadãos já não aceitam que o serviço médico que lhes é prestado não seja o melhor que existe no mundo, por isso a decisão médica beneficia em não ser pessoal, subjectiva, às vezes arbitrária ou mal fundamentada, mas seguir, na medida do possível as provas (*evidences*) resultantes de grandes estudos randomizados.

A estas mudanças no exercício médico e de enfermagem têm de corresponder mudanças radicais na gestão, a qual não pode continuar a ser uma gestão sobre os profissionais mas sim uma gestão com os profissionais.

Uma frase merece ainda ser reproduzida na língua original: “*Assumir la reforma como carrera de fondo significa dilatar los ritmos de cambio hasta hacerlos asumibles por el conjunto del sistema y reforzar constantemente la implantación a través de señales políticas y organizativas*”.

A discussão do documento do Conselho de Reflexão sobre a Saúde e das suas Recomendações beneficiará muito da informação contida neste Estudo e dos fundamentos teóricos e operacionais em que se apoia.

Uma palavra final sobre metodologias de implementação de reformas.

A experiência de muitas tentativas de reforma, em especial nos países da América Latina levou o perito e consultor do Banco Mundial J, Frenk (16, 17) a desenvolver uma filosofia e um método a que já aludimos e que, com Londoño, designou por pluralismo estruturado (18). (v. Anexo VI)

O Conselho, ao formular objectivos, estratégias e medidas, tem presente que o pluralismo estruturado, como método, facilitará a evolução do actual sistema para o sistema desejado, sem desequilíbrios que são sempre desestabilizadores e, portanto, prejudiciais, e colocando em pé de igualdade para a estruturação do sistema todas as funções e sub-funções intervenientes.

Há um interesse geral, um bem comum, que é o bem-estar das pessoas no domínio da saúde.

²¹ O Prof. David Sackett que ensina epidemiologia clínica no NHS Centre for Evidence-Based Medicine da Oxford University situado no famoso J. Raddiffe Hospital é peremptório: “*We know that most clinicians begin to stagnate in their knowledge as soon as they leave their training programmes. And it is not just current knowledge which deteriorates; performance does, too* . (15).

E há interesses e objectivos particulares de todos os intervenientes: médicos, enfermeiros, técnicos, gestores, financiadores, utilizadores, fornecedores de meios técnicos, de medicamentos, de serviços especiais e outros.

Todos, sob a moderação do poder político e por intermédio das entidades organizativas que os representam, terão de conseguir estruturar, certamente de uma forma plural, um sistema coordenado de prestação de cuidados de saúde que promova o fim principal e geral: o bem-estar dos cidadãos no domínio da saúde.

A análise dos projectos de reforma em diversos países não dá uma receita infalível para ser aplicada em Portugal, mas dá orientações a ter em conta.

Em diversos países europeus — e espera-se que também em Portugal — o debate técnico e político ocorre num órgão próprio designado por Conselho Nacional de Saúde.

Neste Conselho estão representadas todas as competências adequadas aos problemas de Saúde, a título pessoal e independentemente de vínculos institucionais passados ou actuais; ou seja a pertença ao Conselho Nacional de Saúde é definida pelo currículo pessoal associado à manifestação da vontade de ser co-optado.

O Health Council of the Netherlands é constituído por mais de duzentos peritos em Saúde e sempre que o Governo, as universidades ou instituições privadas solicitam um parecer ao Conselho, o órgão directivo organiza uma comissão específica escolhendo, entre os peritos do Conselho, as competências adequadas; publicado o parecer a comissão específica termina. No relatório de 1996 (19) são resumidos 21 pareceres sobre problemas da maior actualidade e respondendo a perguntas concretas do Governo²².

BIBLIOGRAFIA

1. Serrão, D. — O Trilema da Saúde. BROTÉRIA, 142(4): 488-491, 1996
2. Priorities in Health Care. Final Report by the Swedish Parliamentary Priorities Commission. Stockolm, 1995
3. Choices in Health Care. A report by the government committee on choices in Health Care, The Netherlands, 1988

²² Por exemplo, o Governo solicitou informação sobre “os aspectos éticos e legais do controlo actual da tuberculose à luz das alterações de incidência e prevalência ..., resistência múltipla e HIV”. Foi nomeada uma comissão para elaborar um parecer sobre os aspectos éticos e legais da pressão e compulsão no controlo da tuberculose. O relatório é um modelo de clareza e objectividade. Para o importante e actual problema da avaliação das novas tecnologias médicas, em relação com a eficiência nos cuidados de saúde, a primeira responsabilidade, na Holanda, é atribuída ao Conselho de Saúde, que identifica e avalia cada nova tecnologia antes da sua introdução.

4. Abril Martorell, F. – Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud – Informe y Recomendaciones. España, 1991
5. From values to choices. Report of the Working Group on health care prioritisation. Stakes. Helsinki, 1995
6. The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD countries. Paris, 1994
7. European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1996
8. European Health Care Reforms — Citizens 'Choice and Patients' Rights. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1996
9. Health Care Systems in Transition. Production Template and Questionnaire. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1996
10. Les mutations des systèmes de santé européens. Europe Blanche XVIII. Institut des Sciences de la Santé. 1996
11. Dollfus, Olivier — La mondialisation. Press de Sciences Po. Paris, 1997
12. Kennedy, Paul — Preparing for the Twenty-first century. Vintage Books. New York, 1993
13. As propostas dos principais partidos políticos para a saúde. Gestão Hospitalar, IX(31): 31-35, 1995
14. Sanidad — La reforma posible. Estudio realizado por un equipo de profesores de ESADE y de expertos bajo la dirección de Rafael Bengoa. Edita: Bega Comunicación. Navarra, 1997 (Feb.)
15. The Rise of Evidence-Based Medicine. Good bye to the Dinosaurs. Entrevista do Prof. David Sakett a Gail Vines. ODYSSEY, 1(3):2-7, 1995
16. Frenk, J. — Dimensions of Health Care Reform. Health Policy, 27:19-34, 1994
17. Frenk, J. — Comprehensive Policy Analysis for Health Systems Reform. Health Policy, 32:257-277, 1995
18. Londoño, Juan-Luis e Frenk, Julio — Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Technical Department for the Latin American and Caribbean Region. The World Bank. Mimeography. Documento pessoal do Prof. Alexandre Abrantes
19. Health Council of the Netherlands; Reports, 1996 – Rijnwijk: Health Council of the Netherlands, 1997; publication nº A97/04

MODELOS DE GESTÃO E DE FINANCIAMENTO

1 – INTRODUÇÃO

Há razões lógicas e universalmente aceites para que se considerem os Sistemas de Saúde como modelos naturalmente transitórios e adaptados a cada momento histórico: os valores sociais modificam-se, as estruturas sócio-demográficas evoluem, a ciência e a tecnologia aperfeiçoam-se, a matriz epidemiológica altera-se, a informação vulgariza-se. E cada um destes vectores pode ser simultaneamente causa e efeito nessa evolução sistémica.

Imagine-se uma nova descoberta científica que possibilite novas práticas clínicas. A morbilidade de uma população pode a prazo alterar-se substancialmente. Tais práticas podem trazer à discussão novas questões no domínio da ética, da deontologia e da informação. Os custos provocados por tais descobertas (novas oportunidades de tratamento, consumismo, envelhecimento da população, etc), terão, necessariamente, um impacto significativo nas despesas da Saúde e irão condicionar, por fim, a própria evolução científica e tecnológica.

No mundo moderno e no que toca aos países desenvolvidos, são hoje comuns as preocupações centradas à volta do crescimento dos custos num contexto sócio-político em que a Saúde é considerada um bem social:

1. Por um lado, são hoje consensuais, designadamente nos países europeus, os princípios da universalidade na cobertura, da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento **(1)**.
1. Por outro lado, é hoje uma realidade incontornável em todos os países, o contínuo crescimento dos custos da saúde, sendo as principais causas (também comuns em todos os países desenvolvidos e particularmente na Europa) o envelhecimento da população, o crescimento das doenças crónicas, o desenvolvimento tecnológico e o abuso na utilização de cuidados de saúde — o consumismo **(2)**.

Os desafios que, neste contexto, se colocam às sociedades modernas e aos seus “leaders” são, assim, a conciliação daqueles generosos princípios com esta dura realidade, ou de uma forma mais directa e simples, como fazer face a necessidades (e direitos) fundamentais e crescentes num quadro de recursos limitados e tendencialmente mais escassos.

A existência de um Sistema de Saúde pressupõe a presença de vários elementos que entre si se articulam e interagem para uma determinada finalidade.

A presença de vários elementos faz supôr que cada um tem uma função própria ou papel específico a desempenhar, seja por razões de natureza técnica, seja por questões de princípio ou de filosofia.

Assim, podemos ter num Sistema de Saúde diferentes níveis técnico-hierárquicos de prestação (cuidados primários, cuidados hospitalares e ainda de evolução prolongada), dentro de

objectivos de maior eficácia e eficiência; mas também podemos ter no Sistema unidades com ou sem fins lucrativos, para utilização selectiva, corporativa ou geral, dentro de uma perspectiva comercial ou de solidariedade (de grupo ou universal).

Nos Estados mais intervencionistas, os Governos não só têm um forte papel na organização e hierarquização do Sistema de Saúde como hegemonomizam os princípios e a filosofia de prestação, por eles directamente assumida, como serviço público, universal e geral.

Nos Estados menos intervencionistas, os Governos definem as linhas gerais da política de Saúde, regulam os mecanismos essenciais do financiamento e controlam a qualidade das prestações. Deixam a terceiros entidades, públicas ou privadas, a tarefa de prestar cuidados.

Não é hoje socialmente aceitável um Estado em que o Governo abdique, quase por completo, do seu papel político e de regulação em matéria de saúde.

O livre jogo da oferta e da procura é, nesta matéria, factor de profundas injustiças sociais: os economicamente mais débeis, têm menos informação, correm mais riscos e têm uma morbilidade mais frequente e mais severa. Não poderão, assim, fazer face, de forma sustentável e equilibrada, às suas necessidades de saúde.

Em contrapartida, os recursos tendem a ser crescentemente utilizados pelos economicamente mais fortes, concentrando-se em prestações eventualmente menos necessárias, nalguns casos induzindo consumos desnecessários, supérfluos ou “de conforto”, e a preços especulativos, face às questões emocionais desencadeadas pela doença e à informação assimétrica.

O mercado não é, assim, por si só, um bom regulador do Sistema, tendo em vista a melhor distribuição dos recursos, a efectividade e a eficiência das prestações e a promoção da qualidade.

Mas o modelo de Saúde em que o mercado desaparece e o Estado assume cumulativamente todos os papeis (proprietário, financiador, prestador e avaliador) também não responde satisfatoriamente aos problemas da equidade, da acessibilidade, da qualidade e da eficiência. É um modelo que massifica e despersonaliza os cuidados de saúde; torna-se insensível face às expectativas dos utilizadores e às suas necessidades, subjugando-os numa lógica monopolista de oferta de cuidados de saúde, que raciona a disponibilidade dos serviços, desvaloriza a dimensão humana e empobrece a qualidade dos actos praticados.

Por estas razões, o centro da discussão, hoje, sobre sistemas de saúde, já não se coloca na dicotomia sistema público/sistema privado, reconhecidamente ultrapassada e que apenas serve para alimentar divergências ideológicas, sempre recorrentes em abordagens redutoras e superficiais.

Assiste-se, nos nossos dias, à convergência entre diferentes sistemas de saúde, combinando-se princípios de solidariedade e de equidade (em que a regulação dos Governos é indispensável) com mecanismos de competição (em que o mercado contribui para dotar os sistemas de mais eficiência e mais qualidade).

Os modelos mais estatizados “liberalizam-se”, os modelos mais liberais “estatizam-se”.

Na Europa, a transição que se verifica nos modelos de Saúde do tipo SNS (casos do Reino Unido e da Suécia), vai no sentido de se introduzirem mercados internos (mesmo dentro de um sistema público), separando-se claramente prestadores e compradores de cuidados de saúde.

Nos EUA, por exemplo, caminha-se no sentido oposto, aumentando o papel do Estado na regulação do sistema, tornando-o mais equitativo, definindo prioridades, impondo regras às seguradoras, racionalizando a prestação.

Em resumo, a “teoria da convergência” dos sistemas de saúde, faz aproximar diferentes modelos em torno de dois atributos fundamentais:

- a) Os modelos de saúde devem funcionar numa base contratual²³ em que os prestadores são independentes dos financiadores do sistema, estabelecendo-se entre eles relações de compra e venda de serviços num mercado em que os diferentes agentes se encontram sem grandes assimetrias de informação;
- b) Os governos devem assumir essencialmente um papel regulador, que garanta a efectividade dos cuidados, a equidade no acesso, o controlo dos custos e a qualidade.

O primeiro atributo impõe aos diferentes agentes envolvidos, mais responsabilidade, introduz nas relações entre prestadores e financiadores maior transparência e racionalidade e promove uma “orientação dos serviços para o cliente”.

O segundo, garante os direitos dos cidadãos, universaliza os cuidados, discrimina positivamente o acesso dos mais necessitados, delimita de uma forma racional as despesas da saúde e promove a qualidade dos actos praticados.

Retomando a questão nuclear que hoje atravessa todos os sistemas de saúde — como fazer face a necessidades crescentes com recursos relativamente escassos — constata-se que o papel regulador do Estado é, de facto, insubstituível.

As medidas de contenção dos custos aparecem sempre no centro das preocupações dos políticos. E a intenção essencial das reformas em curso é, volta-se a salientar, descortinar soluções que, respeitando valores básicos, introduzam mais racionalidade e eficiência nos sistemas de saúde — *“more value for money”*.

2 – O CONTROLO DOS CUSTOS DA SAÚDE

Se os princípios enformadores dos sistemas de saúde são, hoje, relativamente consensuais, mais complexa se coloca a questão do controlo dos custos.

²³ Modelos integrados e modelos contratuais são expressões utilizadas pela WHO — Euro, no seu Doc.. “Health Care in Transition. Template and Questionnaire”, Copenhagen, 1996.

Desde logo porque há ainda quem não entenda ser em saúde legítimo e possível pôr a questão dos custos: “a saúde não tem preço”, “vão-se os aneis e fiquem os dedos”, são expressões ancestrais que ainda hoje dominam o imaginário colectivo.

Se em termos individuais tal perspectiva será tolerável, em termos sociais, ela é inaceitável e irresponsável: correríamos o risco de esgotar os recursos com prestações socialmente irrelevantes, sem impacte no bem-estar das populações e, o que seria pior, sem benefícios para os próprios utilizadores.

A inexistência de critérios económicos e sociais que regulem a distribuição e a utilização dos recursos destinados à saúde, conduzir-nos-ia, assim, para resultados aleatórios, em que a sobreutilização e o desperdício poderiam conviver, paredes-meias, com a subutilização, a escassez ou a inacessibilidade.

As políticas de contenção de custos são por isso, nos nossos dias, matéria de estudo e reflexão séria e profunda, no sentido de substituir actos de racionamento ou cortes orçamentais, por modelos previamente regulados, tendo em vista maior racionalidade nos processos e uma mais elevada eficiência distributiva nos benefícios.

2.1. A definição de prioridades

É hoje crescente a consciencialização dos Governos, das organizações de saúde, dos profissionais e dos próprios utentes de que nem todos os consumos que se realizam em saúde correspondem a efectivas necessidades e também de que estas nem sempre têm a mesma importância para os indivíduos e para a sociedade.

Tomemos um exemplo simples: está hoje vulgarizada a realização de ecografias frequentes para acompanhar a evolução da gravidez normal. Em muitas situações, talvez a maioria esmagadora, tais exames não têm qualquer justificação clínica e apenas se realizam para “confortar” a grávida ou a sua família, permitindo-se até descortinar, com muita antecedência, o sexo do futuro bebé. Trata-se objectivamente de exames desnecessários, que têm custos cuja aplicação alternativa poderia trazer mais benefícios a outras pessoas. E, o que é mais grave, tais práticas podem ser feitas utilizando recursos suportados pelo Estado, ou seja, por todos os cidadãos que pagam impostos. Mesmo admitindo a vontade (e o conforto psicológico) que a grávida possa retirar desses exames, não se afigura razoável que os respectivos custos sejam social e colectivamente assumidos. Parecer-nos-ia mais ajustado que os mesmos fossem da responsabilidade particular da grávida, porque não se trata de uma necessidade objectiva antes de um desejo individual.

Este exemplo, aplicável noutros contextos e noutros casos, ilustra bem a necessidade e a legitimidade de se introduzir nas políticas de saúde, a questão das prioridades (não só no acesso, mas também no tipo de prestações). Em muitos países, tal questão ocupa já lugar privilegiado na agenda política e nas reformas da saúde em curso.

É o caso da Holanda, em que “The Dutch Government Committee on Choices in Health Care” (1992) propôs a criação de um pacote básico de cuidados assente em quatro critérios fundamentais: necessidade, efectividade, eficiência e responsabilidade. A sociedade holandesa seria solidariamente responsável por cuidados de saúde comprovadamente necessários, cujos resultados se revelassem de facto benéficos e optando-se por práticas mais eficientes. Ficariam de fora os cuidados de saúde em que as razões de utilização pudessem ser individualmente atribuídas (riscos específicos, como os inerentes à prática desportiva, cirurgia plástica de natureza exclusivamente estética, fertilização “in vitro”, por exemplo).

Modelo semelhante tem sido seguido desde 1993 na Nova Zelândia (4), em que claramente se optou por restringir o leque de serviços disponíveis dentro da opção “Some health care for all” e não “All health care for some”. No modelo neo-zelandês não há, todavia, exclusões à partida. As escolhas do que deve ser publicamente financiado, assentam na aplicação de “guidelines” que olham para as circunstâncias de cada doente:

- a) a possibilidade de produzir benefícios
- b) o seu custo-efectividade
- c) os benefícios para a saúde da comunidade
- d) o respeito pelos valores da sociedade

Mais pragmática foi a estratégia seguida no Estado norte-americano de Oregon (5, 6). Face à inevitabilidade de limitar as prestações de cuidados de saúde, assentaram em três critérios fundamentais: a elegibilidade (quem deve ser prioritariamente coberto por esquemas públicos); os benefícios a disponibilizar (o tipo de situações a cobrir); os custos esperados (como financiar os cuidados e quais os procedimentos tecnicamente mais eficientes). À luz destes princípios foram tipificados clinicamente os casos prioritários com base numa dupla asserção: (1) a condição de saúde do doente e (2) o tratamento adequado. Foram assim constituídos 709 casos, elegíveis com base num consenso generalizado sobre o seu valor social e a sua efectividade. Nesse “ranking”, as primeiras prioridades recaíram sobre as doenças fatais tratáveis com sucesso; as segundas foram para a maternidade e a prevenção em crianças; e as últimas prioridades atingiram os cuidados “minor”, fúteis ou sem efeitos positivos para a saúde. Face ao tecto orçamental para despesas públicas de saúde, foi definido para 1991, que dos 709 casos pré-eleitos, o Estado de Oregon financiaria os cuidados tipificados até ao nível 587. Os resultados desta política foram extremamente positivos: mais pessoas tiveram acesso ao “Medicaid”²⁴ e o número de pessoas doentes diminuiu. Isso permitiu que na revisão para a legislatura de 1993, a lista positiva de casos atingisse o ítem 696, alargando-se assim os benefícios a mais doentes e a mais doenças.

A definição das prioridades não se esgota, todavia, nestas experiências, eventualmente bem sucedidas nalguns casos mas que, convenhamos, envolvem decisões políticas eticamente complexas e socialmente antipáticas.

²⁴ Subsistema público de cobertura para pobres

Na realidade, novos modelos de definição de prioridades (não políticos, mas operacionais), têm-se revelado mais eficazes nos seus propósitos e socialmente melhor tolerados.

A separação entre financiador e prestador, de que será paradigmática a experiência do SNS inglês, fez com que as entidades financiadoras se colocassem na posição de compradores de cuidados de saúde. Face aos recursos limitados de que dispõem, tais entidades buscam sempre o melhor compromisso entre o custo dos cuidados e a sua efectividade, tentando, para isso, definir previamente as necessidades prioritárias da população. A compra de cuidados de Saúde obedece, assim, à partida, a critérios ou opções de aquisição, técnica e socialmente justificadas e acabam por ser os prestadores a adaptar-se, no tipo e dimensão da sua oferta, às prioridades, assim, indirectamente definidas.

Actualmente, vem-se insistentemente defendendo uma prática clínica que, de forma implícita, proceda à priorização das intervenções técnicas. Ou seja, o modelo médico de prestação deverá basear-se, na medida do possível, na confirmação empírica da sua efectividade, e só as práticas que evidenciem o melhor compromisso custo-efectividade deverão ser generalizadas e aceites pelas Direcções Médicas.

Trata-se, no essencial, de um modelo de medicina baseado na evidência (Evidence-Based Medicine) e que assenta em metodologias de avaliação e garantia da qualidade numa abordagem pelo processo e pelos resultados (10).

Há nesta matéria, já disponível, a nível europeu, um acervo documental assinalável, designadamente na selecção das melhores práticas nas áreas dos cuidados obstétricos, diabetes, infecção hospitalar, uso de antibióticos, cuidados da boca e saúde mental.

2.2. Medidas de contenção dos custos

A definição de prioridades, se bem que defina os limites essenciais para a aplicação dos recursos da saúde, não esgota a intervenção reguladora do Estado, em matéria de contenção de custos.

De facto, o modo como a oferta de cuidados se organiza e as regras de prestação, bem como as condições em que a procura se expressa e as formas de utilização, podem ser objecto de medidas reguladoras que racionalizem a primeira e disciplinem a segunda.

Trataremos em capítulo próprio a questão do financiamento, indiscutivelmente fundamental para a racionalização dos sistemas de saúde.

Analisemos, por agora, algumas das medidas mais frequentemente postas em prática na Região Europeia:

2.2.1. Importância estratégica do ambulatório e as alternativas aos hospitais de agudos

Como medidas sustentadas de longo prazo, destaque-se a importância crescente atribuída ao ambulatório em detrimento do internamento hospitalar, e a criação de formas de acolhimento alternativas para idosos e doentes de evolução prolongada (residências protegidas, “nursing

homes”, etc). Tal política permitiu a redução generalizada de camas em hospitais de agudos (7), a que correspondeu uma significativa diminuição de gastos neste tipo de cuidados, em benefício da promoção e da prevenção.

A experiência da Dinamarca (2) e, nesta matéria, paradigmática.

Em 10 anos (1980-1991) a demora média dos hospitais baixou de 9.8 para 7.0 dias; os idosos e os casos de evolução prolongada têm sido paulatinamente transferidos para estruturas alternativas, graças ao papel importante que foi cometido às autarquias locais, responsabilizadas, a partir de certa altura, pelo pagamento das diárias de internamento deste tipo de doentes; o número de hospitais têm, assim, diminuído (117 em 1980; 94 em 1989; e a previsão de 40 hospitais no ano 2000); o acesso aos cuidados hospitalares melhorou significativamente, sendo desde 1995 garantido um tempo máximo de espera para exames, consultas, internamentos ou intervenções cirúrgicas.

Na Bélgica, desde 1990 que se enveredou também por uma política de racionalização dos serviços hospitalares. As administrações hospitalares são incentivadas a desactivar camas de agudos e a abrir camas para doentes de evolução prolongada, segundo uma política de quotas (duas camas em “nursing homes” por 1 cama em Hospital de agudos; e 5 camas para doentes mentais em residências protegidas por 1 cama em Hospital Psiquiátrico). Os resultados em 1992, representaram uma redução de 6000 camas de agudos, 4500 camas ocupadas por doentes de evolução prolongada e 5000 camas em Hospitais Psiquiátricos.

2.2.2. Utilização de tecnologia pesada

A instalação e a utilização de tecnologia pesada tem merecido também a atenção crescente de todos os governos europeus.

A definição de padrões de densidade populacional por tipo de equipamento (laboratorial ou de imagem) e a criação de comissões de avaliação da qualidade e adequação desse tipo de exames, poderão contribuir decisivamente para o controlo de despesas, numa área em que a disponibilidade de meios é um forte indutor da prescrição e do consumo, nem sempre por razões pertinentes.

2.2.3. Política de recursos humanos

O controlo sobre a formação de técnicos e o seu emprego nos serviços de Saúde tem também sido objecto de preocupação crescente, dado que se verifica nalgumas profissões e nalgumas regiões excesso de oferta e, pelo contrário, noutros casos, escassez de profissionais.

As assimetrias na distribuição geográfica de médicos, o número de clínicos gerais ou médicos de família e a distribuição dos médicos por outras especialidades, são hoje problemas cruciais na oferta dos cuidados de saúde. Se tais questões não forem minimamente reguladas, a forte propensão para o consumo de cuidados que o médico desencadeia, poderá orientar os recursos da saúde para a super-especialização e para o tratamento, por vezes exagerado, em

detrimento da prevenção e dos cuidados primários de saúde, numa lógica de concentração dos meios junto das populações com mais poder de compra.

É na Alemanha que se têm adoptado nesta matéria medidas porventura mais radicais: pretende-se aumentar o número de clínicos gerais no contingente global de médicos, para 60%, através do aumento sensível das suas remunerações; a partir do ano 2000 estão na disposição de estabelecer quotas por especialidade de natureza imperativa; desde 1993 que estão definidos ratios médico/população e mecanismos que impedem a entrada de novos médicos, por região.

A criação de incentivos e novos métodos remuneratórios para os profissionais de saúde são também medidas de longo prazo em que quase todos os países europeus se têm empenhado. No capítulo sobre o financiamento, trataremos esta matéria mais especificamente, mas poder-se-à, por exemplo, adiantar desde já, que, no contexto da União Europeia, apenas em Portugal e na Grécia subsiste ainda o regime salarial como forma exclusiva de remunerar os clínicos gerais (2). Os restantes parceiros utilizam regimes remuneratórios combinados, em que a capitação e o pagamento ao acto podem aparecer associados ao salário. Tais regimes poderão ter também expressão nas remunerações dos médicos hospitalares e de outros grupos profissionais. Acredita-se, e há já nalguns países comprovação empírica, de que por esta via se atingem níveis de eficiência mais elevados, mais disponibilidade dos profissionais e mais qualidade.

2.2.4. Políticas do medicamento

A intervenção dos governos tem incidido também na produção e distribuição dos medicamentos, com o objectivo de introduzir maior racionalidade no consumo. É hoje convicção generalizada de que nem todos os produtos farmacêuticos que consumimos correspondem a reais benefícios e, também, de que para o mesmo fim terapêutico é possível encontrarmos no mercado produtos com preços substancialmente diferentes.

Face ao peso importante da factura dos medicamentos em todos os sistemas de saúde (entre 10 e 20% das despesas correntes), é, portanto, legítimo e necessário que os governos definam também, neste domínio, políticas de racionalização.

Do lado da oferta as intervenções mais comuns incidem sobre a indústria farmacêutica, sobre os prescritores e sobre os distribuidores:

- a) Quanto à indústria, o controlo dos lucros e das despesas de *marketing*, a definição de formulários terapêuticos de âmbito regional ou nacional, a elaboração de listas positivas ou negativas de medicamentos participáveis, a introdução de medicamentos genéricos, a redução do tamanho das embalagens ou as vendas avulso, o controlo dos preços (através de preços de referência, por exemplo), são as medidas mais comumente utilizadas, muitas delas, por vezes, em simultâneo;

- b) Quanto aos prescritores, ao fim e ao cabo os principais indutores do consumo de fármacos, para além de serem directa ou indirectamente influenciados pelas medidas já enunciadas, podem ainda ser objecto de regulamentação específica quando ao modo, volume e perfil das prescrições: a limitação de fármacos por receita médica ou por doente; a possibilidade, explícita ou implícita, do medicamento prescrito pelo médico ser substituído pelo farmacêutico por produto com o mesmo princípio activo, mas mais barato ou genérico; a instituição de orçamentos indicativos para cada médico, em função do número e tipo de doentes da sua lista; a criação de incentivos para os prescritores com melhor perfil técnico, são as medidas mais vulgarmente aplicadas, nalguns casos após complexas negociações;
- c) Quanto aos distribuidores, a venda exclusiva da maioria dos medicamentos em farmácias, o aviamento apenas mediante receita médica e as regras de densidade instituídas para o licenciamento de estabelecimentos de venda ao público, são as medidas mais eficazes de racionalização.

Realce-se, no entanto, que o conjunto de intervenções sobre a oferta de produtos farmacêuticos não tem produzido os resultados aparentemente previstos. O enorme poder da indústria farmacêutica condiciona, no essencial, o perfil dos prescritores. O papel do *marketing* é decisivo para o conhecimento médico sobre os novos fármacos, agressivamente promovidos, geralmente mais caros e com uma eficácia acrescida discutível.

Por outro lado, a partilha de custos com os doentes, pagando estes taxas fixas ou variáveis sobre o medicamento ou sobre a própria receita médica, não se revela eficaz no controlo dos custos. Aqui, como na esmagadora maioria das prestações de saúde, o consumo final é essencialmente induzido pelo prescritor, com a particularidade adicional deste poder ser, por sua vez, condicionado pela indústria.

2.2.5. Regulação da procura de cuidados de saúde

Repare-se que as medidas de contenção que acabamos de enunciar se dirigem essencialmente à oferta de cuidados de saúde: às instituições e aos profissionais, aos fabricantes de equipamentos e à indústria farmacêutica.

E a procura? Pode ela ser também objecto de medidas de racionalização que a tornem mais oportuna e mais pertinente?

Não é fácil estabelecer uma relação mecânica de causa-efeito entre eventuais medidas e resultados esperados. É todavia possível articular um conjunto de iniciativas que tornem, de facto, a utilização de serviços de saúde mais adequada, respeitando assim aqueles dois atributos — a oportunidade e a pertinência:

a) *Orientar os sistemas de saúde para a promoção da Saúde e para a prevenção da doença*

Um sistema de saúde orientado para a promoção da saúde e para a prevenção da doença, cuja política se integre, numa perspectiva mais vasta, com outros sectores (o Ambiente, a Educação, a Habitação, os Transportes, o Emprego, a Segurança Social, etc), potenciará o bem-estar das populações e diminuirá o consumo de cuidados de saúde.

Imagine-se um país em que a taxa de mortalidade por acidentes de viação está a crescer e é relativamente elevada. Se nada se fizer ao nível da política geral dos transportes e vias de comunicação, deixar-se-á para a área da saúde a tarefa de responder, no futuro, a mais politraumatizados, com mais unidades de cuidados intensivos, mais serviços de urgência, mais serviços de reabilitação, mais técnicos de saúde, enfim, mais recursos. Os custos económicos e sociais de tal cenário serão obviamente mais elevados do que se se optar por uma política de prevenção de acidentes de viação.

Temos de reconhecer , todavia, que os esforços de promoção da Saúde e de prevenção da doença, dado o carácter multifactorial das determinantes envolvidas e à contingencialidade da adesão ou não dos públicos-alvo, não permitem, com segurança, determinar antecipadamente bons resultados dos investimentos feitos.

Por essa razão muitos países europeus como o Reino Unido, a Finlândia, Irlanda, Hungria, Dinamarca e Bulgária, criaram departamentos interministeriais para coordenar as políticas de Saúde em geral. É o reconhecimento tácito de que a Saúde é o resultado dos estilos de vida, do ambiente, da biologia humana e, claro, dos cuidados de saúde.

Neste contexto, assume papel relevante a Saúde Pública, entendida como "... a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a Saúde através do esforço organizado da sociedade" (British Acheson Committee, 1988) (8). Aparentemente hegemónica, tal definição não pretende assumir o sector curativo da saúde, mas é óbvio que aqueles resultados só serão possíveis através de uma estreita e permanente colaboração com ele.

Mais recentemente, "o movimento da nova saúde pública", incorpora também nas suas atribuições a identificação das necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para, de uma forma integrada e contínua, prestarem cuidados a uma dada população (... "The essence of public health is the health of the public ...") (Frenk, 1992) (9). Ou seja, a Nova Saúde Pública preocupa-se, antes de mais, em caracterizar as condições de vida das populações e promove, a seguir, a organização dos recursos humanos e materiais adequados às suas necessidades de saúde.

b) Um sistema de saúde ancorado nos cuidados primários

Por outro lado, a forma e o momento como os cidadãos utilizam os serviços que o sistema lhes disponibiliza devem ser também objecto da atenção dos políticos. Um sistema de saúde que privilegie serviços de proximidade, não institucionalizados e, de preferência, de acesso individualizado, com disponibilidade horária e possibilidade de visita domiciliária, dá aos cidadãos mais segurança e facilita o despiste e o tratamento precoce de muitas doenças.

Estes são os cuidados de saúde primários e que deveriam ser referência obrigatória para a utilização de cuidados secundários ou de especialidade e poderiam, com vantagens económicas e sociais, responder a cerca de 80% dos casos que acedem ao sistema.

A institucionalização dos cuidados de saúde primários, concentrando os técnicos de saúde em grandes edifícios, burocratizando o acesso e funcionalizando os horários, divorcia-os completamente dos cidadãos e das suas expectativas. E as consequências são relativamente previsíveis: patologias mais severas, aumento dos casos de urgência, abuso na utilização deste tipo de serviços, consumo desregrado de medicamentos, utilização exagerada de transportes em ambulância, mais exames complementares de diagnóstico e terapêutica, descontinuidade e despersonalização dos cuidados prestados. O que, em última instância, redundará em mais desconforto para os utilizadores, aumento de despesas e redução de benefícios.

A ideia central subjacente aos “managed care”, cujo expoente organizativo mais fiel serão as HMO²⁵ norte-americanas, pretende exactamente, a partir de uma nova filosofia de prestação de cuidados, integrar o utilizador numa estrutura global que tem como primado mantê-lo saudável e, nos casos de doença, acompanhá-lo de forma continuada e racional.

Estes modelos organizacionais têm provado ser mais efectivos e mais eficientes. São todavia acusados de prejudicar, a prazo, o desenvolvimento das ciências médicas e poder vir a empobrecer a qualidade dos cuidados prestados (10).

c) A racionalização da procura pela partilha dos custos

Um dos métodos mais óbvios para controlar o consumo de cuidados de saúde é o de pôr os doentes a pagar uma parte ou a totalidade dos custos dos cuidados recebidos, reduzindo-lhes assim, o leque de benefícios. Ou seja, no momento de utilização, mesmo nos modelos de financiamento de matriz solidária, o doente poderá ser obrigado a contribuir directamente para a cobertura dos custos dos cuidados que entretanto recebeu, de forma total ou parcial.

²⁵ Health Maintenance Organizations

Em muitas prestações tais pagamentos são já encarados com alguma naturalidade, como é o caso dos medicamentos adquiridos em farmácias, os cuidados dentários ou de fisioterapia, as próteses auditivas ou oculares, etc.

Menos comuns são as participações dos doentes através de taxas de internamento, como são por exemplo, os casos da Bélgica e da Alemanha.

Neste país, o doente, em 1994, pagava 12 marcos por dia de internamento durante os primeiros 14 dias de estadia. Mas no fim do ano, se todos os seus co-pagamentos (medicamentos, dentista, hospitais, etc), somados, ultrapassem o montante máximo previsto para o seu escalão de rendimentos, seria reembolsado pela diferença.

Já as taxas moderadoras não têm como principal objectivo a partilha dos custos. Pretendem, pelo contrário, reduzir a utilização dos serviços, criando uma barreira psicológica ao potencial utente através do pagamento compulsivo de uma importância simbólica sempre que a decisão de procurar um prestador ou uma instituição seja da sua exclusiva iniciativa e em determinadas circunstâncias.

Crê-se que tal barreira faz reflectir previamente o potencial utilizador sobre a pertinência e oportunidade da sua decisão, contribuindo assim para que a procura de cuidados de saúde se torne globalmente mais adequada.

Nos seguros privados, a partilha de custos, para além de poder configurar também as modalidades de co-pagamento ou taxas moderadoras, apresenta geralmente, uma terceira modalidade: a companhia define um montante até ao qual o pagamento será sempre feito pelo segurado. Só a partir daí o pagamento das despesas de saúde é da responsabilidade da seguradora (por exemplo: 15.000\$00 por ano para consultas; 50.000\$00 para internamentos, etc.).

Inversamente, podem ser criados (e são geralmente impostos pelas seguradoras) limites máximos de pagamento a partir dos quais o segurado assume toda a responsabilidade (é o conceito de “benefício máximo” que pode, seguindo o exemplo anterior, situar-se nos 50 contos/ano para consultas ou 500 cts/ano para internamentos).

A partilha dos custos — com o próprio consumidor — não tem demonstrado ser, todavia, uma forma eficaz de controlar as despesas de Saúde:

- (a) Desde logo porque a maior parte do consumo é induzida pela oferta, isto é, pelos prestadores de cuidados de saúde;
- (b) Alguns investigadores argumentam que a partilha dos custos não diminui os custos. Apenas os transfere para os efectivamente doentes, já que os prestadores, pouco interessados em que os custos diminuam, tendem a intensificar os cuidados sobre o

mesmo doente como forma de manter os seus rendimentos (este processo é mais evidente em sistemas de reembolso por acto) (11, 12);

- (c) Daqui decorre que a partilha de custos reduz efectivamente a utilização mas não contem custos. Este paradoxo é apenas aparente, já que, não é o primeiro contacto que faz aumentar os custos, mas sim a intensidade dos restantes. Esta evidência é claramente documentada por estudos inter-países, relacionando despesas e utilização de cuidados. Países como os EUA e o Canadá, em que as despesas de Saúde são mais elevadas, são os que apresentam taxas de utilização em ambulatório e internamento mais baixas (13).

Parece, assim, caminhar-se para algum consenso sobre a ineficácia da partilha dos custos para controlar as despesas de saúde. Em contrapartida, são cada vez mais utilizadas, com esse objectivo, políticas de controlo da oferta, limitando os prescritores e/ou racionalizando a existência e utilização de meios de diagnóstico, hospitais, consultas especializadas, medicamentos, etc.

A partilha dos custos pode também ferir o princípio básico da equidade no acesso aos cuidados de saúde. Por isso, a maior parte dos países estabelece desde logo regimes de isenção para os cidadãos económica ou socialmente mais débeis (crianças, idosos, pobres, doentes mentais e doentes crónicos em geral) e protege os rendimentos mais baixos, introduzindo taxas progressivas de co-pagamento, relacionadas com o rendimento.

Por outro lado, e para evitar que os co-pagamentos ponham em causa prestações essenciais, estabelecem-se por vezes regimes de co-pagamento menos exigentes para cuidados básicos ou para situações de doença mais severas ou de risco de vida.

Todavia, tal tipo de medidas, mesmo com as cautelas já enunciadas, pode conter riscos dificilmente evitáveis quanto aos princípios da universalidade no acesso e da solidariedade no financiamento. De facto, os regimes de co-pagamento sobrecarregam duplamente os rendimentos dos doentes, já que, por um lado, estes contribuirão como cidadãos, para fundos de saúde ou para o orçamento do Estado e, por outro lado, pagam adicionalmente parte dos cuidados que recebem. Ou seja, a situação de doença, já de si penalizante do ponto de vista económico e social, é suplementarmente onerada, precisamente num período de evidentes fragilidades pessoais ou familiares, pelo menos para a grande maioria das situações.

Há quem, em conclusão, sustente que a participação dos consumidores na partilha dos custos deve ser restringida a cuidados supérfluos ou de conforto, aos medicamentos vendidos em farmácias e a certos tipos de aplicações ou próteses em que o doente expressa a sua capacidade de escolha.

2.3. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde

As preocupações de racionalização, suficientemente ilustradas nas páginas precedentes, não podem, todavia, pôr em causa a missão de qualquer Sistema de Saúde: manter e incrementar os níveis de bem-estar das populações, promovendo a manutenção da saúde e tratando eficazmente os doentes.

As medidas de controlo de custos, indispensáveis no mundo moderno, terão, assim, de ser articulados com políticas que garantam a qualidade dos cuidados prestados.

A introdução de regras de mercado, em que os prestadores concorrem entre si perante as entidades financiadoras, e em que os doentes, ainda que de forma limitada, exercem alguma capacidade de escolha, fazem com que os sistemas de saúde se organizem e funcionem em torno de dois atributos essenciais: o preço e a qualidade.

Seria absurdo e antiético orientar as opções dos financiadores exclusivamente em função do mais baixo preço, pois isso poderia, no limite, representar a perda de vidas humanas por falta de cuidados de saúde adequados e tecnicamente fiáveis.

A adequação, por outro lado, não representa a maximização de cuidados antes a sua optimização, atentos os compromissos necessários entre volume de cuidados, benefícios esperados e riscos iatrogénicos, variáveis que frequentemente evoluem em sentido oposto **(14)**.

A qualidade dos cuidados de saúde, designadamente a de natureza técnico-científica, será, assim, uma dimensão eticamente imprescindível na avaliação dos sistemas de saúde e que assume particular relevância em sistemas concorrenciais. A existência de mecanismos para avaliar objectivamente; (i) a correção técnico-científica dos actos praticados; (ii) as condições ambientais e organizacionais em que os mesmos se realizam; (iii) as relações estabelecidas com os clientes e a sua satisfação é hoje, nos sistemas de saúde mais evoluídos, matéria sistematicamente incorporada nos indicadores de desempenho das instituições e dos prestadores, facultando informação preciosa para o mercado poder discriminar racionalmente as melhores práticas e os melhores resultados e optar em conformidade.

Tem-se evoluído assim, de um processo interno de avaliação da qualidade, confinado a uma instituição ou a um grupo de profissionais, para avaliações externas a cargo de entidades supra-institucionais independentes (de poderes corporativos, económicos ou políticos) e de reconhecido prestígio.

Os Governos vão gradualmente adoptando normas de qualidade, de natureza imperativa ou indicativa, no sentido de garantir aos cidadãos cuidados de saúde com determinados níveis de excelência.

No Reino Unido, por exemplo, as Autoridades Regionais de Saúde no seu papel de compradoras de cuidados de saúde, estabelecem os seus contratos com as entidades

prestadoras (hospitais, clínicos gerais) incluindo já um conjunto de especificações de garantia de qualidade e dos direitos dos doentes (15).

Na Holanda, o Ministério da Saúde, do Bem-estar e do Desporto, fez publicar nos últimos anos legislação importante em matéria de qualidade: (i) regulando a prestação de cuidados dos prestadores individuais, definindo padrões de qualidade e protegendo os doentes (1993) (16); (ii) especificando os direitos e os deveres reciprocamente observáveis entre os doentes e os prestadores numa relação clínica (1995) (17); iii) responsabilizando as instituições pela prestação de bons cuidados de saúde, sujeitando-as a um conjunto de padrões básicos de apreciação (1996) (18).

Como se vê, a qualidade dos cuidados de saúde já não é hoje encarada como matéria subjectiva e nesta perspectiva analisada apenas pelos profissionais. É uma dimensão de crucial importância para o funcionamento dos mercados de saúde, introduzindo elementos de apreciação objectiva para os consumidores e para os financiadores, quanto à efectividade, à eficiência e à aceitação dos cuidados prestados.

3. OS MODELOS DE FINANCIAMENTO

Os princípios e as metodologias seguidas no financiamento dos sistemas de saúde, assumem hoje particular importância para o seu desenvolvimento estratégico.

De facto, há fortes razões para supôr que os modelos de financiamento podem moldar, em grande medida, atributos essenciais dos sistemas de saúde, designadamente, em matéria de equidade, efectividade e eficiência micro e macro-económica.

É exactamente por essas razões que a transição dos sistemas de saúde e as reformas em curso em muitos países, encaram o financiamento com particular atenção e lhe atribuem, invariavelmente, significativo relevo.

Na análise do financiamento dos sistemas de saúde dever-se-ão distinguir dois momentos fundamentais:

- a) As **fontes de financiamento**, em que se discute e analisa a origem dos recursos, ou seja, *quem paga a saúde*;
- b) A **distribuição dos recursos**, em que se definem os métodos a seguir na transferência dos recursos para as entidades prestadoras (na perspectiva institucional ou na perspectiva individual), ou seja, *como pagar os cuidados de saúde*.

Quanto às **fontes de financiamento** perfilam-se, no essencial, dois sistemas:

- a1) **Compulsivos**, em que os recursos da saúde são obtidos através de impostos ou de seguros de saúde obrigatórios (em que as contribuições estão geralmente relacionadas com os rendimentos dos indivíduos e das empresas) e são geridos por institutos públicos, para-públicos e, nalguns casos, por seguradores privados.

a2) **Voluntários**, em que o financiamento da saúde é, no essencial, deixado à livre opção dos indivíduos (em função da sua vontade e da sua disponibilidade) através de pagamentos directos de cuidados recebidos e/ou da compra de um seguro privado.

Quanto à **distribuição dos recursos** podemos também distinguir, no essencial, dois sistemas:

b1) **Integrados**, em que os prestadores, institucionais ou individuais, são directamente dotados ou pagos por quem superiormente os dirige e emprega;

b2) **Contratuais**, em que os prestadores são independentes das entidades financiadoras e com estas estabelecem contratos de prestação. Observa-se aqui o princípio da separação entre o “comprador” de serviços e o “prestador”.

Convirá esclarecer, desde já, que a tipologia apresentada não esgota a caracterização dos modelos de financiamento.

Na realidade, cada sistema de saúde apresenta modelos de financiamento mistos em que se combinam características de cada um daqueles sistemas.

Por outro lado, coexistem geralmente medidas tendentes a partilhar os custos da saúde com os próprios consumidores ou doentes: co-pagamentos, franquias, taxas fixas de utilização, pagamento integral de certas prestações (como medicamentos, próteses, etc).

Realce-se ainda a variedade de modalidades utilizadas para a distribuição dos recursos pelas instituições e pelos prestadores e que podem ter um efeito decisivo no desempenho global dos sistemas de saúde: i) pagamentos retrospectivos ou prospectivos aos hospitais, neste caso por acto, por caso, por diária e/ou orçamentos globais; ii) pagamentos aos médicos e outros profissionais, por salário, por acto, por capitação, por caso ou segundo uma fórmula combinada; iii) pagamentos indirectos, através do reembolso do consumidor, que paga em primeira instância;

Não será difícil realizar o impacte destas medidas e destes diferentes métodos de pagamento no desempenho das instituições e dos profissionais de saúde, e no comportamento dos consumidores. A seu tempo faremos também uma abordagem mais desenvolvida destas questões.

Fixemo-nos, por agora, nos principais modelos globais de financiamento.

3.1. Modelos de financiamento voluntários

Assentam, no essencial, na livre opção dos indivíduos, limitada naturalmente pelos seus conhecimentos, nível cultural e, sobretudo, capacidade económica.

Na sua formulação mais simples, os modelos voluntários funcionam através da relação directa prestador-consumidor, em que se regista a troca de um serviço ou produto por um pagamento.

Não há entidades reguladoras ou financiadoras e o Estado tem um papel marginal confinado a aspectos específicos de saúde pública.

O carácter assimétrico do conhecimento doente/prestador (médico, farmacêutico, etc) pode induzir um consumo exagerado de cuidados de saúde e/ou promover preços especulativos. Por outro lado, o diagnóstico e o tratamento de muitas doenças podem assumir custos extremamente elevados muito dificilmente comportáveis pelos orçamentos familiares da maioria dos cidadãos.

Por estas razões o acesso a este tipo de relações contratuais é tendencialmente restringido aos estratos sociais de mais elevados rendimentos. Os economicamente mais débeis e também com mais riscos de adoecer vêm-se, assim, impedidos de ter acesso aos cuidados de saúde.

Nesta formulação mais radical, os modelos de financiamento voluntários apenas coexistem complementarmente nos sistemas de saúde. De facto, seria inverosímil imaginar, nas sociedades mais desenvolvidas, um modelo de financiamento maioritariamente assente no pagamento integral do doente ao prestador, pois isso provocaria iniquidades dificilmente toleradas pelo tecido social e com nefastas repercussões na saúde e bem-estar das populações.

Mas a “medicina liberal”, expressão acarinhada por muitos que vêm nessa modalidade menos custos burocráticos, mais personalização e mais confiança, existe em praticamente todos os sistemas de saúde, ainda que com um peso claramente marginal: é um nicho de mercado geralmente alimentado pelas deficiências do modelo dominante (público ou privado) e que se dedica geralmente a prestações mais simples e programáveis, a maioria das quais em regime ambulatorio.

Entretanto, os modelos de financiamento voluntários, face ao custo crescente dos cuidados, à evolução das ciências médicas e às novas oportunidades de tratamento, evoluíram para formulações mais complexas que a seguir nos propomos analisar.

3.1.1. Os seguros voluntários

No sentido de acautelar a eventualidade de adoecer e o pagamento dos custos inerentes aos cuidados de saúde necessários, os modelos de financiamento voluntários evoluíram para esquemas de prevenção de riscos, introduzindo entre o doente e o prestador uma terceira entidade que, por um lado, recolhe os prémios dos seus segurados e, por outro, quando estes adoecem, paga os cuidados de saúde aos respectivos prestadores, directa ou indirectamente.

Este mecanismo, aplicável em muitas situações imponderáveis (seguro de viagem, seguro de colheitas, seguro automóvel, etc) assume a natureza voluntária sempre que o cidadão seja livre de adquirir ou não um seguro de saúde.

Este seguro pode ser realizado junto de companhias de seguros privadas e com fins lucrativos (“seguro comercial”), ou, então, concretizar-se a partir de fundos de saúde mutualistas e sem fins lucrativos (de matriz profissional, geo-demográfica ou de empresa).

No primeiro caso, os prémios estão geralmente associados ao risco individual de adoecer e põem graves problemas de equidade: os mais idosos ou portadores de vulnerabilidades conhecidas pagam prémios mais elevados e estão sujeitos à exclusão; os que adoecem vêm os seus prémios progressivamente aumentados e ficam também sujeitos à exclusão. E todos, mais ou menos, têm benefícios limitados.

Ou seja, os seguros voluntários de natureza comercial serão tendencialmente utilizados por pessoas mais novas, sem doenças e com baixo risco de adoecer, e nível económico relativamente elevado. Não é, de facto, um modelo de financiamento particularmente adequado ao fenómeno da doença, nem em termos éticos, nem em termos sociais.

No segundo caso, o seguro tem uma natureza social, ainda que restrita ao grupo de pessoas em causa. Os prémios não são estabelecidos com base no risco individual, ponderando-se no essencial os riscos de todo o grupo. Daqui resultará um prémio nivelado pelos rendimentos de cada aderente numa base de solidariedade.

Um modelo assente na livre constituição destes “fundos de doença” não garante, no entanto, uma adequada distribuição dos recursos da saúde face às necessidades da população. As características dos membros de cada grupo, por exemplo de base profissional, condicionam o valor das contribuições e o volume de benefícios: grupos profissionais mais diferenciados têm mais poder económico, melhores condições de vida e, conseqüentemente, correm menos riscos de adoecer. Poderão, assim, rodear-se de um volume mais generoso de benefícios e, assim, usufruir de um consumo induzido privilegiado.

Em síntese, a existência de vários “fundos de doença”, formados nesta base, se bem que desenvolva mecanismos de solidariedade intragrupal, não respeita esse princípio na perspectiva global da sociedade.

Hoffmeyer, num estudo sobre o financiamento dos cuidados de saúde patrocinado pelo NERA²⁶ (1994) (19), discute claramente esta questão, tendo por base os fundos de saúde da Alemanha. Demonstra que para uma taxa média de contribuição de 13,4% dos rendimentos por pessoa, se verifica que os fundos de doença dos quadros superiores e das empresas são os que exigem um esforço contributivo menor (entre 11% — 13,5% e 8,5%-14%, respectivamente); em contrapartida, os fundos dos ofícios e os fundos não profissionais (de base municipal) são os que obrigam a uma maior contribuição (10,5 a 15,5% do rendimento para o primeiro e 11,5 a 16,5% para o segundo). E conclui, reconhecendo a lógica desta constatação empírica: as empresas geralmente empregam pessoas saudáveis e mais homens do que mulheres, sendo os primeiros menos propensos ao consumo de cuidados; por oposição, os fundos locais asseguram os cuidados de saúde da população inactiva (pensionistas, idosos, desempregados, pessoas portadoras de doenças de evolução prolongada que, por isso, perderam o emprego, etc), ou seja, população com rendimentos

²⁶ NERA — National Economic Research Associates

baixos e forte propensão ao consumo de cuidados de saúde. O esforço contributivo solicitado à população é, com base nestes fundos, claramente iníquo e de natureza não solidária.

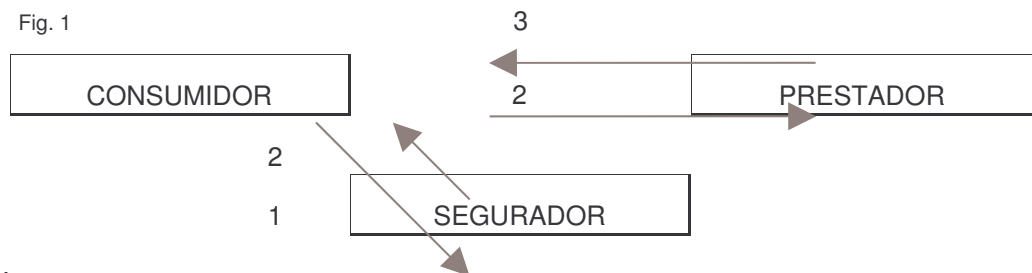
Por esas razões, foi criada a partir de 1994, uma nova fórmula de contribuição para esses fundos, ponderando designadamente o rendimento, a idade, o sexo e a eventual condição de invalidez. Acessoriamente foi regulamentada a possibilidade de transferências financeiras inter-fundos (dos que abrangem pessoas mais novas e saudáveis para os fundos com "maiores" riscos).

Em 1996, foi ainda instituída a possibilidade de cada cidadão alemão poder escolher o fundo de doença que pretende, dentro de um leque superior a 15 grandes fundos, sem hipótese destes negarem potenciais aderentes.

Poderemos, assim, afirmar que os esquemas de financiamento que assentam maioritariamente em seguros voluntários, sejam estes de natureza comercial ou de grupo, tendem a ser deficitários em matéria de equidade (selecção adversa de riscos).

Os seguros voluntários podem, no entanto, apresentar-se segundo diferentes variantes em matéria de pagamentos ou, se se quiser, na tripla relação doente-segurador-prestador:

3.1.1.1. Seguro Voluntário com reembolso dos doentes



Legenda:

- 1 – Prémios de Seguro com base no risco
- 2 – Pagamento ou reembolso
- 3 – Serviço Prestado

Seguro “Voluntário”/”Clássico” com reembolso dos doentes (Fig.1)

Neste modelo de financiamento, esquematicamente transcrito na Fig.1, ressalta como característica dominante a ausência de relações entre os seguradores e os prestadores. De facto, o doente escolhe directamente os prestadores, a oportunidade de consumo e as respectivas relações contratuais. Com a entidade seguradora relaciona-se pagando os prémios definidos após a avaliação dos seus riscos. Os pagamentos correspondentes aos custos dos cuidados recebidos operam-se em dois momentos: (1) quando o doente paga ao prestador; (2) quando o doente, após apresentação de facturas, é reembolsado pelo segurador (indemnização).

A falta de ligação entre seguradores e prestadores é um incentivo objectivo ao consumo de cuidados: o prestador não terá problemas na sua relação com o doente por determinar a

execução de mais actos e mais despesas, pois este será reembolsado e sente-se no direito de, porque paga um seguro, retirar disso o maior benefício possível (o risco moral). Daí que os preços tenham tendência para aumentar e as despesas individuais de saúde também.

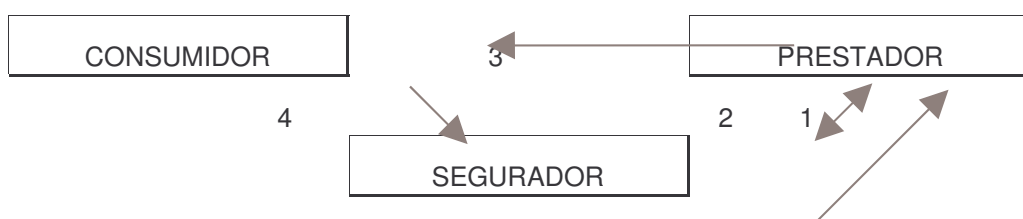
As seguradoras, neste cenário, impotentes para controlar os preços e o volume de cuidados, utilizam dois tipos de medidas: aumentam os prémios e reduzem o leque de benefícios.

O exemplo do Reino Unido é nesta matéria elucidativo. Os seguros privados de saúde, a maioria sem fins lucrativos, cobrem cerca de 11% da população (geralmente quadros superiores e profissionais liberais). A cobertura é limitada aos cuidados hospitalares agudos não urgentes e a consultas de especialidade, e o princípio do reembolso era até há pouco tempo a regra em matéria de pagamentos. Pois neste cenário, o prémio médio aumentou cerca de 95% em termos reais na década de 80. Os custos destes seguros são reconhecidamente incontroláveis.

Face a esta espiral de custos, os Governos apologistas deste tipo de financiamento da saúde ou que o incentivam como forma de aliviar as despesas públicas, são tentados a introduzir abatimentos fiscais por conta dos prémios pagos pelos cidadãos. Ora, este tipo de medidas acentua o aumento das despesas da saúde, pois aumenta a disponibilidade para contratar seguros mais caros, com um leque maior de benefícios e, conseqüentemente, maior consumo de cuidados. E repare-se que tais comportamentos tornam o sistema fiscal cada vez menos solidário e menos equitativo.

3.1.1.2. Seguro Voluntário com contrato

Fig. 2



Legenda:

- 1 — Pagamento
- 2 — Negociação de Preços/Contratos
- 3 — Serviço Prestado
- 4 — Prémios de Seguro com base no risco

Seguro Voluntário com contratos entre Seguradores e Prestadores (Fig.2)

A grande novidade deste tipo de seguros reside no facto de se estabelecerem relações contratuais entre seguradores e prestadores, o que, em larga medida, permite aos primeiros controlar a actividade dos segundos.

Elimina-se, também, o princípio do reembolso ou da indemnização do utilizador, passando a ser o segurador a contratar serviços e a proceder directamente aos pagamentos. Entre o doente e o prestador não há fluxos financeiros, a menos que se introduzam mecanismos de co-pagamento ou taxas moderadoras.

O objectivo essencial desta variante do seguro voluntário é aumentar a racionalidade do sistema de saúde e controlar as despesas. Para isso os seguradores procuram no mercado os melhores prestadores por forma a seleccionarem “cuidados económicos” e de alta qualidade para os seus segurados.

É o esquema das P.P.O.²⁷ norte-americanas em que o segurador oferece aos seus aderentes uma lista de prestadores preferenciais.

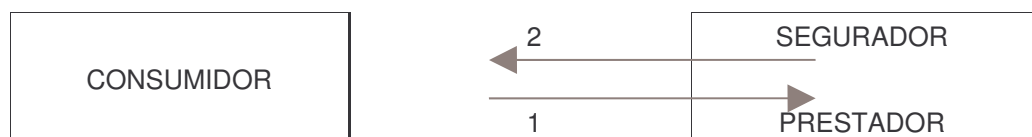
O consumidor fica, neste modelo, mais limitado nas suas escolhas. De facto, as suas opções são, essencialmente, feitas em função dos seguradores (prémios, leque de benefícios, tempos de resposta, etc), e só remotamente escolhem os prestadores. O eixo da concorrência transfere-se da relação doente-prestador para a relação segurador-prestador.

E é talvez esta a questão central deste modelo, pois vai permitir um jogo de mercado mais equilibrado e mais racional, com poderes idênticos e informação transparente entre seguradores e prestadores. É isso que permite incrementar a eficiência macro e micro-económica sem quebra da qualidade.

Tal eficiência será ainda potenciada se o tipo de contratos a estabelecer entre seguradores e prestadores assentar num valor por segurado (que compreenda todos os cuidados numa base de “managed care”) e não no pagamento avulso de actos. (16)

3.1.1.3. Seguro Voluntário Integrado

Fig. 3



Legenda:

- 1 -Prémios com base no risco
- 2 — Serviço prestado

Seguro Voluntário Integrado (Fig.3)

Com o objectivo de controlar as despesas de saúde e introduzir níveis de eficiência mais elevados, grupos de consumidores e certas seguradoras e até cooperativas de prestadores, podem decidir organizar-se, fusionando as funções de segurador e prestador, integradas, assim, numa única organização.

²⁷ P.P.O. — Preferral Providers Organizations

Isto é, surgem no mercado como entidades seguradoras e simultaneamente são proprietários de hospitais e/ou empregam os profissionais de saúde. Estes passam, portanto, a ser assalariados.

Os prémios a pagar podem ser calculados numa base de solidariedade, isto é, através do “risco médio” do conjunto dos segurados e, muito importante, o consumidor pode escolher o segurador mas não o prestador.

Esta limitação da liberdade de escolha pode atingir também as modalidades de acesso e a oportunidade de utilização, podendo o segurado ser obrigado a dirigir-se, em primeira instancia, a certo tipo de prestadores ou a dirigir-se periodicamente aos serviços de saúde para fins profiláticos.

É esta a filosofia que preside à estrutura e funcionamento das HMO's norte-americanas, cujo sucesso é unanimemente reconhecido em termos de eficiência micro e macro-económica.

O primado da manutenção da saúde enfatiza os aspectos promocionais e profiláticos, com resultados notáveis na diminuição do consumo de cuidados hospitalares (internamentos, exames complementares, etc) e no forte crescimento dos cuidados ambulatoriais.

Registe-se, todavia, que a autonomia médica se vê fortemente condicionada neste modelo de financiamento integrado com a prestação. Na realidade, as escolas e as associações médicas não aceitam muito bem este modelo, acusando-o de ser indutor de cuidados de saúde racionados e empobrecidos, em termos técnicos e de evolução científica.

Se há alguma razão neste tipo de críticas, ela não é visível no presente, já que os níveis de satisfação dos consumidores aumentaram, quando se comparam custos e benefícios, e o acesso à saúde melhorou. Para isso contribui também o facto de o segurado poder escolher HMO's diferentes, em função do nível de atendimento que lhe é proporcionado e dos prémios a pagar.

3.2. Modelos de financiamento compulsivos

Como vimos, os modelos “voluntários” têm em comum um importante inconveniente: são pouco equitativos na distribuição dos recursos e na adequação do consumo de cuidados de saúde. O paradigma desses modelos de financiamento encontra-se nos EUA, em que os gastos de saúde representam cerca de 14% do PIB²⁸ e 1/5 dos seus habitantes não têm nenhuma cobertura em cuidados de saúde. (Discurso de Bill Clinton)

Os modelos compulsivos, também designados por modelos de seguro social obrigatório ou seguro público, pretendem exactamente combater as iniquidades existentes nesta questão eticamente sensível que é a Saúde.

E não se diga que há aqui uma razão ideológica, epistemologicamente marcada pela separação entre as correntes socialistas e comunistas, de um lado, e as correntes demo-

²⁸ A média da União Europeia é inferior a 8%

liberais ou humanistas, por outro lado. Basta verificarmos que tais modelos existiram e existem em regimes tão diferentes como a China ou o Canadá, a ex-URSS ou o Reino Unido.

Na essência, tais modelos pretendem, a partir de mecanismos de redistribuição de rendimentos (via impostos ou fundos de saúde autónomos), criar condições para que o acesso aos cuidados de saúde seja equitativo e tendencialmente gratuito para todos, através de fontes de financiamento solidariamente constituídas.

O carácter compulsivo ou obrigatório destes modelos reside no facto de todos os cidadãos serem obrigados a participar no “esforço” de financiamento do sistema de saúde, de acordo com os seus rendimentos. O que confere ao modelo uma base de solidariedade, dentro do princípio de que os que mais podem pagam mais para a sua saúde e para a saúde dos seus concidadãos.

Os modelos compulsivos separam claramente o financiamento da saúde do consumo de cuidados. O primeiro é definido em função dos rendimentos dos cidadãos e das empresas; o segundo é, em princípio, gratuito e definido em função das necessidades. Procura-se, assim, a solidariedade no financiamento e a equidade no acesso.

Tais objectivos podem, no entanto, ser seriamente comprometidos. Se não houver mecanismos eficazes que discriminem correctamente os rendimentos dos indivíduos e das empresas, criem taxas adequadas de contribuição de uns e de outros, e níveis de isenção minimamente justos, podemos, logo na origem dos recursos, gerar profundas injustiças e distorcer o princípio da solidariedade. Se, por outro lado, as formas de prestação de cuidados não estiverem bem reguladas e não forem suficientemente flexíveis, poderemos criar graves assimetrias no acesso aos cuidados de saúde, privilegiando actos menos necessários e prestados a pessoas com mais elevado estatuto social. E, nesta condição, penalizamos fortemente o princípio da equidade.

3.2.1. Seguro Público Obrigatório Integrado

Neste modelo de financiamento compulsivo a origem dos recursos assenta nos impostos (que se supõem justos e equitativos). Não existe propriamente um mercado da saúde já que o Estado funciona, simultaneamente, como segurador e prestador. No momento de utilização, os consumidores têm acesso tendencialmente gratuito.

Neste cenário, típico nas versões originais dos modelos tipo S.N.S., destacam-se duas características estrategicamente importantes: i) os consumidores não escolhem, nem o segurador nem os prestadores; ii) o mecanismo do imposto e o princípio da não consignação de receitas, retiram ao utilizador dos serviços a sensibilidade quanto à sua contribuição exacta para a sua saúde e para a saúde da comunidade.

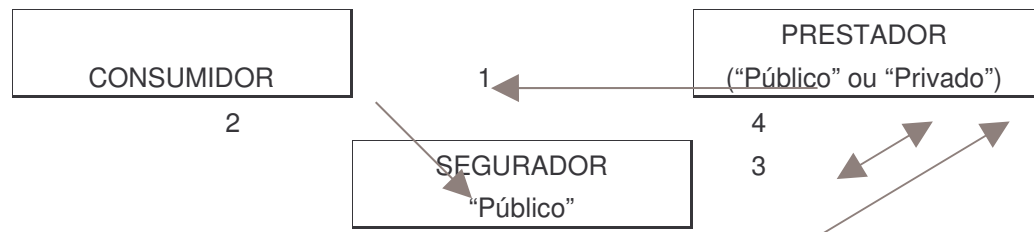
Daqui decorrem consequências decisivas para o desempenho destes modelos:

- a) O monopólio do Estado no financiamento e na prestação de cuidados é um convite à sub-produção e ao empobrecimento das condições de atendimento, já que não há mecanismos de mercado que tornem os prestadores sensíveis à qualidade e à quantidade.
- b) A aparente gratuitidade dos serviços, proporcionam a utilização desregrada de cuidados de saúde, oportunidade que alguns (menos necessitados, mas mais informados) aproveitam, em prejuízo de outros (mais carentes, mas menos informados).

Quanto à distribuição interna dos recursos, os modelos integrados de seguro obrigatório, seguem, essencialmente, duas vias: orçamentos globais para as instituições, salários para os profissionais. Isto significa, por um lado, que o dinheiro é fixado nas instituições, em função das despesas e não em função da produção e, por outro, não há incentivos que premeiem o melhor desempenho profissional em termos de produtividade e de qualidade.

3.2.2. Seguro Público Obrigatório com contratos

(Fig.4)



Legenda:

- 1 — Serviço Prestado
- 2 — Prêmios de Seguro com base no rendimento
- 3 — Pagamento
- 4 — Negociação de Preços/Contratos

Seguro Público Obrigatório com contrato com os Prestadores (Fig.4)

No sentido de obviar aos inconvenientes do modelo anterior, muitos países têm feito evoluir o seu sistema de saúde para formas de financiamento que, respeitando princípios de solidariedade e de equidade, promovam também a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados.

No essencial, tais modelos introduzem geralmente Fundos de Saúde de adesão obrigatória e de natureza pública.

Reunem os recursos com base em prêmios pagos pelos seus aderentes tendo em conta os seus rendimentos (individuos e empresas), o que lhes confere uma característica de solidariedade social. Podem coexistir vários fundos, em concorrência, facultando a livre escolha de cidadãos, ou apenas um único fundo.

Tais opções não são indiferentes para a flexibilidade, efectividade, eficiência e qualidade dos sistemas de saúde, já que a possibilidade do cidadão poder escolher entre vários fundos de saúde, faz com que estes se apresentem no mercado com um leque atractivo de benefícios suplementares e/ou com uma lista de prestadores e instituições de prestígio. Esta evolução, crê-se, aumentará a eficiência na gestão desses fundos e proporcionará mais qualidade aos cidadãos. Note-se, todavia, que os custos administrativos inerentes à gestão de vários fundos públicos de saúde poderão ser um óbice relevante a esta solução.

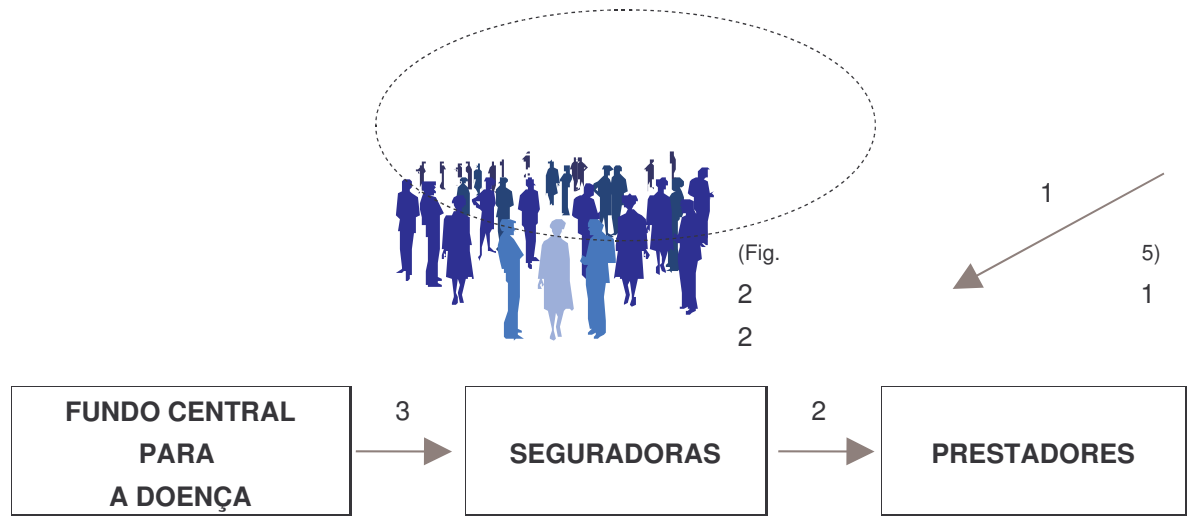
Releve-se ainda um aspecto particularmente importante quanto às características destes fundos, nos casos em que se perfilarem vários. Não são aconselháveis fundos de saúde por tipo de cuidados (por exemplo: ambulatório, internamento hospitalar, cuidados de evolução prolongada) e que se complementariam mutuamente. Tal cenário torna difícil a definição de responsabilidades e pode encarecer os cuidados de saúde por duplicações desnecessárias de

benefícios. Os fundos de saúde devem ser compreensivos nos benefícios e portanto concorrenciais e mutuamente exclusivos.

Foi justamente este o sentido da reforma proposta para o sistema holandês (21), em que a coexistência de fundos complementares, que cobrem o doente segundo as diferentes fases da doença, se verificam ser “desperdiçadoras” de recursos.

Por isso se propôs a criação de um único fundo para toda a população, se bem que, simultaneamente, se mantenha alguma capacidade de escolha do consumidor. De facto, entre o “Fundo Central para a Doença” e os prestadores, propõe-se a existência de companhias de seguros em concorrência, não essencialmente em função do preço (embora se possam admitir pequenos adicionais), mas em função da quantidade e qualidade dos serviços a disponibilizar. E o cidadão escolhe a que lhe parecer mais conveniente.

Neste modelo (ver Fig. 5) os cidadãos contribuem para o Fundo Central com base nos seus rendimentos (individuais e empresariais); o Fundo, por sua vez, negocia com as seguradoras prémios com base em “riscos médios” e deixa uma pequena margem para “prémios directos” a pagar pelos cidadãos em função da seguradora que escolherem; as seguradoras, que têm que oferecer um pacote básico de cuidados (igual para todas), contratam prestadores e instituições numa lógica orientada pelo preço e pela qualidade.



Legenda: (Fluxos financeiros)

- 1 — Fluxos com base no rendimento
- 2 — Fluxos com base na utilização ou no risco
- 3 — Fluxos com base no risco ajustado

* Referente apenas ao pacote básico de cuidados

O Modelo holandês de financiamento (Fig. 5)

Na opção mais recente do Governo, estima-se que 85% das despesas da saúde serão pagas pelo Fundo Central (base de solidariedade) cabendo aos segurados o pagamento dos restantes 15%, tendo em conta não só os “prémios directos”, mas também os seguros complementares voluntários que, entretanto, decidam subscrever (medicamentos, interrupção da gravidez, cirurgia estética, cuidados dentários para o adulto, cuidados de “conforto”, etc) e, ainda, pequenos co-pagamentos ou taxas de utilização.

Resta acrescentar que o seguro de base obrigatória inclui não só os serviços de saúde como os de natureza social com eles correlacionados.

Alguns modelos de seguro público obrigatório integrado têm também evoluído para modelos de seguro público obrigatório de base contratual.

O exemplo porventura mais conhecido é o que ocorre no SNS do Reino Unido.

Sem alterar as fontes básicas do financiamento (através dos impostos) nem a propriedade das instituições prestadoras, os ingleses, a partir de 1987, evoluíram de um modelo integrado para um modelo contratual. No essencial, de um lado passaram a existir entidades financiadoras (“fundholders”) e de outro lado entidades prestadoras (clínicos gerais, hospitais, etc). Os recursos financeiros são transferidos do Governo para as primeiras entidades (geralmente as Autoridades Regionais de Saúde) que funcionam como compradores de serviços junto dos prestadores.

Os clínicos gerais (com forte tradição e importante papel no SNS do Reino Unido) têm a particularidade de poder ser simultaneamente prestadores e financiadores, já que, os que quiserem optar, podem gerir orçamentos clínicos, não só para prestar cuidados aos seus clientes mas também para “comprar” cuidados hospitalares, exames complementares e consultas de especialidade, nos casos em que tais consumos sejam tecnicamente justificados.

Os hospitais passaram a gozar de “novas liberdades” de gestão, funcionando como “trusts”: concorrem entre si junto das entidades financiadoras, apresentando os seus preços e fazendo prova da sua qualidade, podem fixar as remunerações e as condições de trabalho do seu pessoal, acumular verbas excedentárias, contrair empréstimos, etc.

Tais mudanças, alteraram radicalmente o funcionamento do SNS inglês, introduzindo novos elementos:

- ⇒ Autoridades Regionais de Saúde dotadas de recursos financeiros, provenientes do Governo, para comprar cuidados de saúde (calculados principalmente segundo critérios de capitação ponderada);
- ⇒ Existência de competição entre os prestadores;
- ⇒ Contratualização de responsabilidades entre financiador e prestador;
- ⇒ Introdução da filosofia dos “managed care”, ao facultar-se aos clínicos gerais a possibilidade de serem responsáveis pela saúde global dos seus clientes, não só no seu apoio directo mas ainda pelo encaminhamento e pagamento dos cuidados realizados a jusante.

O “novo” SNS apresenta, todavia, algumas limitações, entretanto objecto de medidas correctivas:

- ⇒ Eventual tendência para os clínicos gerais “desnatarem” o sistema, fazendo com que nas suas listas fiquem apenas os aderentes com melhor perfil. Tal tendência poderá ser contrariada com capitações mais generosas para “listas” com pessoas idosas e/ou residentes em zonas degradadas;
- ⇒ O risco dos contratos serem estabelecidos privilegiando o binómio quantidade-preço e não a relação qualidade-preço (por exemplo, obrigando os doentes a deslocar-se para hospitais longínquos só porque os cuidados, embora de qualidade, são mais baratos). As autoridades têm-se visto confrontadas com a necessidade de corrigir esta tendência, impedindo perversões deste tipo;
- ⇒ O risco de alguns grandes hospitais poderem exercer um monopólio na sua região, perante um poder de compra fragmentado entre dois tipos de “fundholders”: as Autoridades Regionais e alguns clínicos gerais. Esta tendência poderá ser contrariada com a formação de consórcios de compradores;

- ⇒ Os novos custos provocados pelo fortalecimento dos sistemas de informação e de gestão (por exemplo: um hospital poderá ter que negociar com dezenas de entidades diferentes para compôr o seu orçamento e garantir a sua viabilidade, quando antes se limitava a conversar com a tutela).

O novo SNS britânico tem-se caracterizado por níveis de eficiência claramente mais elevados (diminuição de hospitais, de camas, de dias de internamento, sem quebra de qualidade e com alguma recuperação das listas de espera). Os hospitais passaram a ser geridos por equipas profissionais, em que os conhecimentos sobre gestão de empresas, liderança e negociação são características basilares.

E os seus custos estruturais e de funcionamento têm diminuído.

Em síntese, os modelos de seguro público obrigatório de natureza contratual podem apresentar-se através de um mercado externo, com base em fundos de saúde autónomos e prestadores autónomos, ou através de um mercado interno, em que a partir de um sistema público se evolui para a separação entre entidades financiadoras e entidades prestadoras, ambas mantendo a marca de serviço público.

Propõem-se, como finalidade principal, introduzir no sistema mais efectividade (no acesso e capacidade de resposta) e mais eficiência macro e micro-económica.

Frise-se novamente, e a finalizar esta apresentação sucinta sobre os principais modelos de financiamento, que, na realidade, os países funcionam com sistemas mistos.

Regra geral, os sistemas compulsivos tendem a ser a base dos modelos de financiamento (assegurando-se assim uma equidade e uma solidariedade, no essencial). Complementarmente, os sub-sistemas voluntários, tais como os que derivam de seguros comerciais ou fundos corporativos, coexistem como válvulas de escape, facultando, assim, aos cidadãos, mais acesso, mais recursos e mais conforto se para isso tiverem condições e se assim o desejarem.

Não há de facto a preocupação obsessiva de tornar os cuidados de saúde exactamente iguais para todos, nem isso seria curial em sociedades que se pretendem livres e diversificadas. O centro das preocupações dos modelos de financiamento de seguro social obrigatório é garantir que, quanto às questões fundamentais da Saúde e da Doença, todos sejam solidários e todos tenham um acesso equitativo aos cuidados de saúde. No restante, em que as opções dos indivíduos, ou a sua capacidade, não choque com as questões éticas essenciais, dar-se-á ao cidadão total liberdade de orientação e aceitam-se, como naturais, diferenças no acesso e no conforto. Ao fim e ao cabo, a Saúde e a Doença são, em primeiro lugar, questões pessoais e, como tal, sempre deverão ser ponderadas.

Parece ser hoje inexorável, por outro lado, uma tendência para que se adoptem modelos contratuais, em que compradores e prestadores se encontram num mercado regulado pelos preços e pela qualidade. Esta característica reforça a importância dos mecanismos de gestão,

que têm que ser necessariamente de risco, sem almofadas financeiras ou subsídios, de matriz claramente empresarial e altamente profissionalizada. O sistema de informação assume, assim, uma importância crescente, quer na perspectiva interna das organizações ou dos prestadores, quer na perspectiva externa (o conhecimento do mercado, a comparação do desempenho das instituições e dos prestadores individuais, os preços e a qualidade objectiva).

Será necessário acautelar os ganhos de eficiência que o mercado potencia sem, por outro lado, aumentar exageradamente os custos de administração e da produção e tratamento de mais informação.

3.3. A distribuição dos recursos financeiros pelas instituições e pelos prestadores

Dentro de um modelo global de financiamento, o processo através do qual os recursos transitam dos financiadores (Governos, Seguradoras, etc) para as organizações que prestam cuidados e destas até aos prestadores individuais, pode ter um grande impacto no volume de serviços, na qualidade e tipo de actos praticados e no número de doentes tratados.

Crê-se, por exemplo, que a existência de clínicos gerais com orçamentos próprios para os seus doentes (os "G.P./fundholders" do Reino Unido), potenciam a promoção da saúde e a prevenção da doença, aumentando os contactos doente-médico de família e diminuindo transferências para cuidados de especialidade, exames complementares e consumo de medicamentos.

Na Alemanha, desde 1995, cada médico em ambulatório tem um orçamento indicativo para medicamentos, tendo em conta a idade dos seus doentes, a especialidade e as características geográficas. Na Baviera, a remuneração global dos médicos pode aumentar significativamente, se o seu comportamento for mais racional (prescrevendo com mais critério, referenciando menos os doentes para o internamento, por exemplo).

Analisemos, em particular, diferentes formas de pagamento e os respectivos impactes, quanto aos hospitais e aos médicos.

3.3.1. O Pagamento aos Hospitais

Podemos, no essencial, equacionar dois modelos:

- a) **Retrospectivos**, em que a base do financiamento é pela despesa verificada no passado não havendo particulares preocupações com preços, tipo, quantidade e qualidade dos serviços prestados. Convida à sub-produção e à inefectividade, ao desperdício e à má qualidade, por falta de indicadores responsabilizantes do desempenho;
- b) **Prospectivos**, em que se podem definir antecipadamente preços, tipo e volume de serviços prestados, que podem ou não configurar um orçamento global mais ou menos imperativo.

Os métodos de pagamento *retrospectivos* (de que Portugal é exemplo) analisam as despesas do ano, que funcionam como referência para o financiamento do ano seguinte. Não analisam a produção hospitalar e os seus diferentes segmentos, premiando, em princípio, os que mais gastam. Em termos internos, a tática utilizada pelas administrações hospitalares será autorizar aumentos de despesa se houver verbas e cortá-las quando há dívidas. Mais doentes, formas mais avançadas de os tratar, melhores condições hoteleiras, etc, são tendencialmente bloqueados em métodos de pagamento *retrospectivos*.

Ao invés, os métodos de pagamento prospectivos tornam o financiamento sensível à actividade desenvolvida: mais doentes tratados, patologias mais complexas, melhores condições de acolhimento, etc, permitem aumentar o financiamento, já que este é orientado pela produção e não pela despesa. Estimulam, assim, o desenvolvimento de estratégias de inovação e a orientação dos serviços para o cliente (informando-o, tornando o acesso mais fácil e confortável e adequando os serviços às suas expectativas).

Há, no entanto, diferentes métodos prospectivos, que, como vamos ver, desencadeiam consequências diferentes em termos de efectividade e de eficiência:

Pagamentos por actos

Os financiadores acordam com os hospitais uma lista de actos e respectivos preços, tais como o uso de salas de operações, exames complementares, honorários médicos, diária hoteleira, etc, o que significa que, em princípio, mais actos, independentemente do número de doentes tratados, representam mais financiamento para o hospital. Tal cenário pode conduzir à sobreprestação de actos clínicos e à menor eficiência distributiva, já que o hospital não tem um claro incentivo para tratar mais doentes.

Pagamentos por diária de internamento

Praticamente em desuso, tal método de pagamento (estranhamente em vigor ainda na Alemanha) utiliza o dia de internamento como referência para o financiamento. Pressupõe que esta unidade de pagamento é compreensiva, isto é, engloba todas as prestações.

É um convite à ineficiência técnica e distributiva, já que às administrações hospitalares convem-lhes ter doentes com extensas permanências e tendencialmente com despesas meramente hoteleiras. O que recebem por diária permitir-lhes-á retirar, desse modo, um diferencial cada vez maior.

Não será por mera coincidência que a Alemanha regista uma das mais elevadas “Demoras Médias” no contexto europeu (15.8 dias) e é o único país da União Europeia que entre 1980 e 1994 viu aumentado o seu número de camas por 1000 habitantes (11.5 para 12.2, quando a média europeia passou de 10,7 para 7,8) (7).

Pagamentos por caso

Os financiadores contratam com os hospitais um regime de pagamento por caso e não pelos tratamentos que o doente recebe na sua estadia hospitalar. Isto é, prefiguram-se uma série de casos tipificados (com base no diagnóstico principal, situação do doente e/ou severidade da doença) e para cada caso são acordados os respectivos preços compreensivos. Tal metodologia fomenta o número de doentes tratados e o seu rápido tratamento e, conseqüentemente, tenderá para aumentar a eficiência técnica e distributiva: mais doentes tratados representam um volume de financiamento maior e quanto mais eficiente for o tratamento, mais diferencial fica para o hospital, já que para cada caso, o preço é, em princípio, fixo.

O inconveniente destes pagamentos prospectivos reside no facto de alguns hospitais se poderem vir a dedicar a um “case-mix” que lhes seja economicamente mais favorável, por um lado, e, por outro, poderem reduzir o leque de prestações aos doentes (menos dias de internamento do que o desejável, menos recursos clínicos, menos actos) como forma de aumentarem a sua mais-valia. Pensa-se também, que o hospital poderá ser tentado a classificar o doente num grupo ou escalão mais caro, para daí retirar dividendos acrescidos.

A transparência do mercado e o controlo dos pagamentos poderá, em grande medida, contrariar estas perversões.

Orçamentos globais

As formas de *pagamento prospectivo* que acabamos de analisar (por acto, por diária e por caso), têm em comum o facto de serem diferentes alternativas para medir a “produção” hospitalar.

São, nessa medida, “unidades de pagamento”.

Entre financiadores e prestadores o contrato pode, em tese, ficar-se por aqui. Ou seja, chega-se a um acordo sobre a metodologia de pagamento e o preço da respectiva “unidade de medida”. Isto significa que, de facto, passa a haver um controlo do custo dos actos/serviços prestados. Mas não há um controlo do volume global de cuidados prestados, já que, para um determinado período de tempo, a entidade financiadora vai ter que suportar um volume ilimitado de despesas, de acordo com o somatório de actos/serviços que os prestadores efectuarem.

Na prática, e para obviar a esta derrapagem das despesas de saúde (sempre possível em qualquer dos métodos analisados), os contratos são, geralmente, realizados, tendo por base um volume previsível de produção e, conseqüentemente, um “plafond” financeiro previsível. **(22, 23)**

Esses tectos orçamentais são definidos tendo em conta o “comportamento histórico” do sistema de saúde (taxas de admissão por especialidade, taxas de ocupação, ratios de

consultas externas, urgências, etc), a população previsivelmente coberta e as suas características sócio-demográficas.

Formas de pagamento combinadas

A realidade dos diferentes países mostra-nos que não há modelos de pagamento “puros” (no sentido que acabamos de descrever).

Poder-se-ão, por exemplo, equacionar à parte os financiamentos para investimento ou incluí-los nos preços das próprias “unidades de medida” da produção.

Admite-se, por exemplo, que para além dos tectos orçamentais, se equacionem financiamentos específicos para inovação e investigação.

Os pagamentos por caso podem ser combinados com uma filosofia de pagamento por diária, em situações excepcionais de internamentos muito curtos ou muito prolongados.

O pagamento por actos, por exemplo, raramente se utiliza para remunerar enfermeiros, técnicos de diagnóstico e outros profissionais não médicos, bem assim como para facturar as despesas hoteleiras, geralmente apresentadas por diária compreensiva.

O pagamento aos médicos

A remuneração dos médicos é um ponto fundamental e estratégico para os resultados de um sistema de saúde. O seu enorme poder como ordenador de despesas e a questão decisiva da sua disponibilidade e da sua produtividade, influenciam parte significativa das despesas de saúde, por um lado, e, por outro, contribuem substancialmente para a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Vejamos os principais métodos de remuneração e as suas consequências:

Pagamento ao acto

Como para os hospitais, os médicos são, neste modelo, remunerados de acordo com um valor/preço específico para cada acto ou tratamento específico. Num modelo mais regulado, os preços e os actos poderão estar previamente definidos; em regimes mais liberais, não há qualquer orientação prévia, nem para os consumidores, nem para os financiadores.

As consequências principais deste modelo de pagamento, poderão ser o incentivo à multiplicação de actos (porventura menos pertinentes), com quebra evidente em termos de eficiência técnica e distributiva.

Pagamento por capitação

Neste modelo, o médico tem um conjunto de cidadãos que (voluntariamente ou não) se inscrevem na sua lista, recebendo, por cada, um valor fixo, geralmente ao ano, independentemente dos serviços prestados.

Tal modelo, mais adequado aos médicos de família, só tem sentido num regime de escolha livre por parte do cidadão, já que, se a afiliação for obrigatória, haverá tendência natural do médico para diminuir a atenção sobre as pessoas da sua lista, porque ganha o mesmo e trabalha menos. Se houver a possibilidade dos cidadãos mudarem de clínico geral, os que menos qualidade e atenção dedicarem aos seus doentes, ver-se-ão penalizados nos seus honorários, já que o número de inscritos da sua lista irá diminuir.

Um dos riscos deste modelo é o de os médicos serem tentados a transferir doentes para cuidados hospitalares, e/ou para prescreverem, exageradamente, medicamentos e exames complementares, comportamentos aparentemente bem aceites pela maioria dos cidadãos. Tais perversões poderão ser contrariadas por medidas de regulação, por acções de garantia de qualidade (supervisionando, certificando e fiscalizando) e, ainda, por incentivos adicionais aos que apresentarem um desempenho tecnicamente mais adequado e menos despesista.

Pagamento por salário

O médico é, neste modelo, pago por um ordenado fixo para uma certa carga horária de trabalho.

Repare-se, portanto, que não há neste modelo qualquer relação entre o que o médico ganha e o que ele produz (tipo, quantidade e qualidade dos serviços prestados).

Este modelo, típico nas organizações geridas em moldes burocráticos, e geralmente associado a um sistema de carreiras profissionais em que a progressão resulta essencialmente da antiguidade, premeia, geralmente, os que menos fazem mas que melhor cumprem os horários.

Os médicos, nestes regimes remuneratórios, apenas se sentem incentivados pela realização de trabalho suplementar (com horas de qualidade e horas extraordinárias), o que raramente corresponde a mais doentes tratados e a maior produtividade.

Fórmulas mistas

Geralmente, as formas de pagamento aos médicos assumem um carácter misto, combinando-se aspectos dos modelos atrás referidos com outros ainda, de natureza complementar.

É, por exemplo, o caso de alguns países da União Europeia²⁹, quanto à remuneração dos clínicos gerais: associam à capitação o pagamento por salário ou o pagamento ao acto, como forma de garantir rendimentos e incentivar certo tipo de prestações.

Há também uma tendência crescente para estabelecer orçamentos clínicos para serviços prestados em ambulatório: o médico é assim confrontado com limitações financeiras na prescrição, quanto a medicamentos ou exames complementares, cujo cumprimento ou desvio por excesso lhe podem trazer benefícios remuneratórios ou penalizações, respectivamente (Bélgica e Alemanha, por exemplo).

²⁹ Dinamarca, Espanha, Irlanda, Holanda, Reino Unido e Itália

Há ainda, como anteriormente referimos, a possibilidade de associar regimes remuneratórios à gestão global do doente e à manutenção da saúde. É o caso dos “GP/fundholders”, em que a base remuneratória é a capitação, mas esta é calculada segundo uma fórmula que inclui todas as necessidades previsíveis de saúde dos inscritos. O clínico geral é, assim, incentivado a desenvolver a sua relação com os doentes, diminuir as transferências para outro tipo de cuidados e racionalizar a utilização de meios complementares de diagnóstico. Dessa forma gastará menos dinheiro e aumentará os seus próprios rendimentos.

Como já vimos, há aqui alguns riscos que o mercado e a regulamentação podem controlar.

4 — SÍNTESE SOBRE OS MODELOS DE FINANCIAMENTO

Temos a consciência de que não esgotamos o leque de alternativas possíveis sobre o financiamento dos sistemas de saúde.

Mas pensamos ter tocado nos modelos mais importantes e mais experimentados, vislumbrando tendências, virtudes e limitações.

Os modelos de natureza contratual parecem recolher as preferências dos investigadores e dos políticos, garantindo mais transparência, flexibilidade e eficiência técnica e distributiva.

Os modelos de financiamento voluntário, se bem que possam contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico e para a formação de nichos de qualidade, são pouco equitativos.

Os modelos de reembolso são tendencialmente despesistas, já que as entidades financiadoras dificilmente controlam a produção e os preços.

As formas de financiamento de seguro social ou público obrigatório com contrato (via impostos ou via fundos de saúde), parecem revelar-se como as mais equilibradas nos compromissos entre equidade, efectividade, eficiência e qualidade.

Quanto aos modelos de pagamento, caminha-se para formas que articulam o financiamento com a produção (aqui se incluindo não só o volume, mas também o tipo de prestações e a sua qualidade) quer seja no financiamento das instituições, quer seja nos pagamentos aos prestadores.

Inovadora é a tendência para a organização dos cuidados de forma personalizada e integrada. Os “managed care” como forma de prestar cuidados globais ao indivíduo, privilegiando a manutenção da saúde, desencadeiam novas formas de financiamento, de que os orçamentos clínicos dos médicos de família são excelente exemplo.

O salário, como forma de remuneração dos médicos, é um modelo consensualmente considerado desajustado e que contribui para a funcionalização dos prestadores e para a diminuição da eficiência técnica. O mesmo se passa com o pagamento ao acto, ainda que por

razões diversas: neste caso, privilegia-se o tratamento em vez da prevenção, incentivam-se actos (nem sempre necessários) e aumentam-se despesas sem benefícios proporcionais.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO – The Ljubliana Charter on Reforming Health Care. WHO Conference on European Health Care Reforms. Slovenia, 1996
2. Abel-Smith, Brian and Mossialos, Elias – “Cost Containment and Health Care Reforms – A study of the European Union”. *Health Policy*, 28: 89-132, 1994
3. Stillfied. Symposium Internacional: **Concurrence et Solidarité**. Bruxelas, 1996
4. Cooper, B.M.B., 1995, Vol. 51 “Care Services and the New Zeland Health Reforms”)
5. Bodenheimer, T. – The Oregon Health Plan – Lessons for the Nation (First of Two Parts) – *New England Journal of Medicine*, 337(9): 651-655, 1997
6. Bodenheimer, T. – The Oregon Health Plan – Lessons for the Nation (Second of Two Parts) – *New England Journal of Medicine*, 337(10): 720-723, 1997
7. OECD, “OECD Health Data, 1996”. Paris, 1997
8. Public Health in England – Report of the Commitee of Enquiry into the future development of the Public Health Function – 1996. USMO, London
9. Frenk, J. – The new public health. Washington, P.A.H.O., 1992
10. Rubin, R.T. – “HMO and HHCs – In defense of tower and gown”. (Editorial) – *Science*, 273, 1996
11. Evans, R. et al – User fees for Health Care. Why a Bad Idea Keeps Coming Back. Canadian Institute for Advanced Research Program in Population Health, 1993, Toronto
12. Stoddart, G. et al – Why not User Charges? The Real Issues. The Ontario Premier’s Council on Health, Well-being and Social Justice, Ontário, Canadá
13. Rassel, M.E. – Cost Sharing in Health Insurance – a re-examination – *New England Journal of Medicine*, 332, 1995
14. Donabedian, A. – The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Health Administration Press, Vol. 1, 1980
15. North Manchester Health Care NHS Trust – Patient’s Charter and Quality Assurance Specification for 1995/1996 Contracts. Manchester, 1996
16. Ministério da Saúde da Holanda. The Individual Health Care Professions Act (09.11.93)
17. Ministério da Saúde da Holanda. The Medical Treatment Contracts Act (01.04.96)
18. Ministério da Saúde da Holanda. The Care Institutions Quality Act (01.04.96)
19. Health Care Reforms and the Role of the Pharmaceutical Industry. Workshop. Hanbury Manor. Hertfordshire. England, 1994
20. Enthoven, A. – Theory and practice of managed competition in health care finance. North-Holland. Amerterdam, 1988
21. Choices in Health Care. A report by the government committee on choices in Health Care. The Netherlands, 1988
22. Maynard, A. – Efficiency of Spending Under Fixed Budgets. *In* Fixing health budgets. Experience from Europe and North America. 1996, John Wiley & Sons, Chichester, England

23. Van de Ven, Wynand – Regulation, Competition and Equity: With or without a Fixed Budget. *In* Fixing health budgets. Experience from Europa and North America. 1996. John Wiley & Sons. Chichester, England

O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Portugal não escapou aos ventos de reforma dos serviços de prestação de cuidados de saúde que sopraram na Europa após o fim da II Guerra Mundial e particularmente depois da criação do National Health Service, no Reino Unido.

Nos anos 60, um grupo de médicos sob a coordenação do Prof. Miller Guerra, fez uma análise sobre a situação da prestação de cuidados de saúde em Portugal e elaborou um documento publicado pela Ordem dos Médicos, sob o título “Relatório das Carreiras Médicas”, no qual são defendidos princípios de prática médica, ainda hoje consensualmente aceites pelos médicos e que foram sendo acolhidos, com maior ou menor fidelidade, na legislação que foi sendo produzida pelo governo³⁰.

As características políticas do regime instalado no poder até à Revolução de 1974 nem sempre facilitaram as mudanças e tudo na saúde se foi fazendo com alguma lentidão e pronunciadas oscilações de critérios.

Comentar esse período não teria, hoje, mais que um interesse histórico e serviria apenas para demonstrar o atraso da política social; alguns cuidados de saúde apareciam como um dos benefícios da Segurança Social para os trabalhadores assalariados, em ambulatório e com recurso condicionado à consulta hospitalar e ao internamento nos hospitais, maioritariamente das Misericórdias. As Caixas de Previdência, assalariavam médicos e enfermeiros e compravam outros serviços, com estrito controle das despesas em função das receitas obtidas com as contribuições das empresas e dos trabalhadores.

Em 1974 o sistema de prestação de cuidados de saúde podia caracterizar-se como um sistema ou modelo **segmentado** na terminologia moderna; neste modelo a população aparecia claramente dividida em três grupos:

O primeiro, formado pelos que tinham um emprego e descontavam para disporem de cuidados de saúde quando deles precisassem sem que os pagassem ou pagando pequenas taxas de utilização ou franquias (caixas de previdência de tipo mutualista, independentes ou integradas num sistema nacional de segurança social, ADSE, etc.), dispunham quase exclusivamente de cuidados em ambulatório.

O segundo era o dos pobres, rurais e urbanos e que estavam excluídos da segurança social porque não tinham um emprego formal; a responsabilidade de cuidados de saúde para este grupo era entregue ao Estado, em hospitais próprios, como era o caso dos Hospitais Cívicos de Lisboa e dos Hospitais da Universidade de Coimbra; as Misericórdias tinham um papel importante no atendimento deste sector desprotegido da população, mantendo grandes

³⁰ Na época, alguns médicos, defensores da prática da medicina como profissão exclusivamente liberal, criticaram o “Relatório das Carreiras Médicas” por, diziam, abrir a porta à proletarização dos médicos no quadro da função pública e à generalização do que, pejorativamente, chamavam “médico das caixas”. Não era este o entendimento da Ordem dos Médicos, e, em documento muito recente (1) afirma-se “As Carreiras Médicas hoje são fundamentalmente patamares de diferenciação de um trajecto profissional e não dependentes de lugares de provimento da Administração Pública. Logo devem ser extensivas, tanto ao público como ao privado”.

Hospitais como o de Santo António no Porto e numerosos Hospitais em capitais distritais e em sedes de Concelhos. O Estado também desenvolvia actividades de saúde pública para benefício de toda a população

O terceiro era o dos profissionais liberais, dos membros da classe média alta do sector produtivo e dos detentores de elevados rendimentos como os grandes proprietários rurais e urbanos, havendo neste sector uma certa inter-comunicação. A maior parte não tinham protecção social para os cuidados de saúde e quem a tinha, porque descontava, não a usava; uns e outros usavam o sector privado de prestação de cuidados, consultórios e casas de saúde, de maior ou menor dimensão, de gestão privada, com ou sem fins lucrativos e pagavam do seu bolso.

Este modelo segmentado ou laminado, que vigorava em Portugal, foi evoluindo lentamente e antes de 1974 já havia um movimento da classe média e classe média alta para criarem uma protecção em relação às despesas de saúde em regime privado, a partir de planos de saúde pré-pagos oferecidos por seguradoras privadas; a causa principal desta evolução foi o encarecimento constante dos cuidados, em especial cirúrgicos, no sector privado (este encarecimento, resultante principalmente, mas não exclusivamente, do progresso tecnológico fez-se sentir, também, no sector mutualista, público e privado).

O que se passava, de facto, antes de 1974 era que com este modelo os três grupos populacionais eram segregados nos respectivos nichos institucionais — o Ministério da Saúde, as instituições de Segurança Social, o sector privado — e cada nicho estabelecia os objectivos, as regras de financiamento e as formas de prestação de serviços para cada um dos três grupos segregados ou laminados no todo populacional.

Por maior que fosse, e era, a boa-vontade de médicos e enfermeiros e a sua elevada deontologia profissional, este modelo gerava grandes diferenças de qualidade, entre os três segmentos, nas condições das prestações e era uma grande fonte de não-equidade. Com efeito, as pessoas individuais nem sempre respeitavam as divisões, digamos artificiais entre os três segmentos, vendo-se beneficiários da Segurança Social utilizando o sector privado (por ser melhor, por ser mais acessível, etc.) alguns endividando-se de uma forma socialmente injusta; outros, embora beneficiários, usando os serviços públicos gratuitos destinados ao segundo sector, principalmente os que tinham boa qualidade em termos de instalações e onde trabalhavam médicos de renome.

As famílias e pessoas sem grandes recursos e sem protecção por segurança social, essas, não podiam aceder nem aos serviços da segurança social nem aos médicos e hospitais do sector privado a não ser com imensos sacrifícios pessoais e familiares quando a doença surgia. A resultante final era a de largas manchas de população sem qualquer assistência médica, tanto nas áreas rurais como na periferia das áreas urbanas.

Pode afirmar-se que todas as medidas do poder político para alterar esta situação usaram sempre o mesmo instrumento: a produção de leis. No entanto, a criação do Ministério da Saúde constituiu uma importante alteração qualitativa a partir do ano da sua criação, no que se refere à presença da questão da saúde na agenda do poder político.

Foi assim, antes de 1974, com a Lei nº 1998, de 15 de Maio de 1944, que estabeleceu o Estatuto da Assistência Social, com a Lei nº 2011, de 2 de Abril de 1946, Lei de Bases da Organização Hospitalar (Estatuto Hospitalar e Regulamento Geral dos Hospitais), e muito claramente com o Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro que, ao não conseguir integrar os Serviços Médico-Sociais da Previdência, ficou esvaziado do seu sentido reformador e não deu cumprimento ao objectivo de garantir o direito à saúde como um direito de personalidade; segundo Henrique Medina Carreira (2). “Não conseguiu, porém, o essencial para a criação de um sistema de saúde, ou seja, a integração dos Serviços Médico-Sociais da Previdência. Talvez tivesse residido aí a razão do malogro da reforma de 1971.”

Todas estas disposições legais foram corrigindo as injustiças mais flagrantes, aumentando o leque de benefícios e ampliando as responsabilidades do Estado na prestação de cuidados de saúde. A criação dos grandes hospitais de Lisboa e Porto e a aprovação de um plano de construção de hospitais nas principais cidades do país, foi a expressão mais visível desta nova política de saúde.

A Revolução de 1974 e a adopção da Constituição da República Portuguesa, em 1976, pelos seus Artigos 63º e 64º, criaram as condições para a Lei que instituiu o Serviço Nacional de Saúde — Lei 56/79 — muitas vezes referida como Lei Arnaut.

O Serviço Nacional de Saúde era “constituído pela rede de órgãos e serviços” previstos na Lei que deviam actuar “de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática” para a “prestação de cuidados globais de saúde a toda a população” (Artº 2º da Lei 56/79).

Este SNS seria dirigido pela Administração Central de Saúde que era um órgão de natureza executiva. Foi dotado, na Lei, de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados e devia ser apoiado por estabelecimentos de ensino para a formação, a investigação e o aperfeiçoamento de profissionais de saúde. Teria ainda um órgão central consultivo: O Conselho Nacional de Saúde.

Foi difícil o percurso desta Lei. Em 29 de Junho de 1982 o Dec.-Lei nº 254/82 revoga os Artigos mais significativos desta Lei e o Decreto-Lei nº 357/82, de 6 de Setembro atribuiu ao SNS autonomia financeira e administrativa com orçamento próprio e receitas provenientes do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde.

O Tribunal Constitucional, ao declarar a inconstitucionalidade do Decreto-Lei nº 254/82, na parte que revogava disposições substanciais da Lei Arnaut, tornou estas disposições de novo presentes no ordenamento jurídico mas sem qualquer efeito prático porque nunca foi criada a

Administração Central do Serviço Nacional de Saúde e tudo o que dela decorria, nem o Conselho Nacional de Saúde que deveria exercer a importante função consultiva.

No ano de 1990, após debate parlamentar muito activo é aprovada a Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, que entra em vigor em Setembro.

Publicada em 1990, só em 1993, com a publicação do Decreto-Lei 11/93, de 15 de Janeiro, surgiu o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde dando cumprimento ao disposto no número 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde, de 1990.

O que aconteceu, de facto, em 1946, 1968, 1971, 1979, 1990 e 1993 foi, a maior parte das vezes, uma declaração de intenções políticas em cada tempo histórico, procurando registar em diplomas legais, todos muito bem feitos, as opiniões qualificadas de peritos e técnicos competentes. A implementação política foi sempre muito dificultada e nem sempre com a eficácia esperada pelos legisladores.

Para quem entenda que um sistema de saúde deve integrar todas as formas de prestação de cuidados, esta Lei de Bases e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde parece terem ficado a meio-caminho do que seria a criação de um Sistema de Saúde Português, do qual o SNS fosse uma peça constituinte ao lado de outras formas de prestação de cuidados públicos, mutualistas e privados³¹.

Com efeito, segundo o Prof. Nogueira da Rocha (3), da legislação actualmente em vigor deve concluir-se que o Sistema de Saúde Português é constituído por:

- a) Serviço e Instituições Públicas, prestadoras de cuidados de saúde, dependentes do Ministério da Saúde;
- b) Serviços e entidades públicas, dependentes ou não, do Ministério da Saúde, que desenvolvam actividade nos domínios da promoção, prevenção e tratamento na área de Saúde.
- c) Entidades privadas e profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou parte daquelas actividades.

³¹ É opinião de muitos comentadores, reiterada, por exemplo, nos dois pareceres do Prof. Freitas do Amaral (4) sobre a questão SAMS *versus* Ministério da Saúde relativa ao pagamento ao Serviço Nacional de Saúde dos serviços médicos por este prestados a cidadãos beneficiários do SAMS, que a Constituição da República Portuguesa ao afirmar que "o SNS é um serviço nacional e tem gestão descentralizada e participada" está a dizer, por um lado "que o SNS há-de englobar todos os serviços públicos de saúde unificando-os numa única estrutura organizatória, e, por outro, que sendo um serviço de âmbito nacional há-de ter uma estrutura descentralizada e uma gestão participada". Também que "o SNS não está integrado na administração directa do Estado. A conjugação da exigência de um SNS de âmbito nacional com a necessidade de uma gestão descentralizada e participada, "supõe seguramente a **autonomia** institucional do Serviço Nacional de Saúde face à Administração directa do Estado". cf. Gomes Canotilho e Vital Moreira, Constituição da República Portuguesa anotada, Coimbra, 1993, pág. 343".

Na verdade o que a Constituição impõe é a criação de um **Sistema de Saúde Nacional** que dê cobertura de cuidados de saúde gratuita ou tendencialmente gratuita, no momento do uso, a todos os cidadãos nacionais. Esta disposição constitucional não suscita contestação de nenhum sector da sociedade portuguesa.

Alguns críticos (4) que se pronunciaram sobre o Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, apontaram-lhe como defeitos principais, a instauração de um “imponente edifício administrativo com funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (Artº 5º). Auto-avaliação, entenda-se”.

O Artº 23º que estabelece as responsabilidades “pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS”, para além do Estado, é tecnicamente muito imperfeito, impondo formas de pagamento dos serviços prestados a certas categorias de pessoas referidas como não beneficiários e aos beneficiários “na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais”. Artº 23º, nº 1, a). O nº 2 deste Artº 23º, que fixa as isenções do pagamento prescrito no nº 1, prevê a publicação em Decreto-Lei da relação dos que “pertencam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos”. Uma Portaria do Ministério da Saúde fixaria as regras para a demonstração das condições económicas e sociais”. Ambiguidade e imprecisão técnica que geraram o conflito entre SAMS e SNS o qual deu lugar a diversas peças jurídicas (além de Freitas do Amaral (5), também Sérvulo Correia (6), Marcelo Rebelo de Sousa (7) e Procuradoria Geral da República (8), cuja leitura ajuda a compreender como tem sido difícil produzir, no âmbito da Saúde, disposições legais, claras, objectivas e exequíveis que tenham em conta o que de facto existe e não sejam uma construção abstracta e desligada da realidade.

Medina Carreira, no texto já citado (2), termina a análise da evolução legislativa e, em particular, da Lei de Bases da Saúde de 1990 e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, de 1993, com este comentário “O tempo mostrará a adequação, ou não, da reforma em curso. Igualmente julgará a essencialidade e a suficiência da mesma. Certo, sim, é que os severos constrangimentos financeiros existentes, adiante evidenciados, impõem que se repense e debata profundamente o modelo vigente antes que as restrições de meios acentuem de modo drástico a erosão qualitativa que, de outro modo, será inevitável”.

Esta evolução concreta do destino vivido por uma reforma da saúde estabelecida por decisão unilateral do poder político confirma que, em regra, no campo complexo da Saúde, esta metodologia é, quase sempre, ineficaz.

Neste período, que vai da publicação da Lei Arnaut até aos nossos dias, muitos actores intervenientes no campo da saúde, pessoas e instituições, se têm pronunciado publicamente sobre política de saúde.

A Ordem dos Médicos tem mantido uma oposição activa a diversos os aspectos das sucessivas legislações que, no entender dos seus dirigentes, afectam valores éticos fundamentais do exercício profissional dos médicos: a liberdade de escolha do médico por parte das pessoas doentes, a independência científica e técnica do médico nos serviços

públicos, a liberdade de prescrição, o percurso profissional dos médicos como forma de aprendizagem permanente, o regime de trabalho fixado em Estatuto próprio e outros.

Os Sindicatos dos Médicos — Sindicato Independente dos Médicos e os Sindicatos dos Médicos do Norte Centro e da Zona Sul, através da FNAM —, mais vocacionados para a discussão salarial e dos regimes de trabalho, têm igualmente exercido uma actividade crítica das decisões dos sucessivos Ministros da Saúde neste período.

Por várias vezes os médicos utilizaram a greve como instrumento de apoio às suas reivindicações de classe, embora com regras deontológicas estritas para que não houvesse risco de vida para as pessoas doentes.

Com maior ou menor sucesso, consoante os períodos e a evolução da legislação, Ordem dos Médicos e Sindicatos de Médicos foram assumindo o papel de parceiros sociais, ouvidos, durante a preparação de leis ou em períodos de contestação aberta, pelo poder político muitas vezes com o apoio das centrais sindicais.

A presença de alguns médicos como Deputados eleitos para a Assembleia da República, em todos os Partidos, tem contribuído para o diálogo, nem sempre pacífico, entre os médicos e o Poder.

Certo é que, sendo a grande maioria dos médicos funcionários públicos, assalariados pelo Estado através do Serviço Nacional de Saúde, a sua capacidade reivindicativa tem alguns limites e não se tem mostrado fácil que os 31 446 médicos inscritos na Ordem sufraguem uma plataforma comum para o diálogo com o governo dada a diversidade de situações profissionais, as características da actual pirâmide etária e até as vinculações pessoais político-partidárias.

Se todos coincidem na afirmação, inúmeras vezes repetida, de que o interesse da pessoa doente é a primeira preocupação do médico e que o seu primeiro dever é defender esse interesse individual da pessoa doente, a forma como cada um interpreta, na prática, o cumprimento deste dever primordial, está longe de ser uniforme e consensualmente aceite por todos os profissionais médicos.

A Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, com elevado número de associados, tem procurado exercer um papel importante na clarificação do conceito de Clínico Geral e no debate sobre as condições do exercício profissional dos médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar.

Os enfermeiros, através das suas organizações sindicais, têm participado ao longo destes anos na análise das políticas de saúde e, em muitos casos, na sua contestação activa, com recurso ao instrumento da greve. São ouvidos pelo poder político como parceiros sociais na área da saúde e as suas posições têm sido, muitas vezes, publicamente apoiadas pelas centrais sindicais, CGTP e UGT. Os problemas do ensino e formação ao nível de Ensino Superior, as Carreiras e o Estatuto Profissional no serviço público e na prática privada, tiveram

evolução favorável e a classe de Enfermagem partilha objectivos comuns, tem mecanismos eficazes de diálogo interno. O Sindicato dos Enfermeiros do Centro e do Norte, o Sindicato Independente de Enfermeiros da Zona Sul e o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e, ainda, as diversas Associações de Enfermeiros, constituem, no seu conjunto, uma representação coerente nas aspirações fundamentais dos enfermeiros e capacitada para o diálogo institucional. Aprovada recentemente pela Assembleia da República, a Ordem dos Enfermeiros está em fase de constituição.

O Sindicato dos Técnicos Paramédicos e o Sindicato Democrático dos Trabalhadores de Diagnóstico e Terapêutica, de criação mais recente, têm acompanhado e criticado a evolução das disposições legais sobre carreiras e remunerações que lhes dizem respeito, apresentando propostas concretas de melhoria.

Na óptica da gestão, os Administradores Hospitalares reunidos na Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares têm utilizado a sua revista — *Gestão Hospitalar* — e algumas outras iniciativas para difundirem os seus pontos de vista sobre as sucessivas legislações na área da saúde e sobre o problema geral da reforma dos Sistemas de Saúde.

É indiscutível que, do lado dos prestadores, médicos e enfermeiros e também dos gestores, se tem revelado um grande interesse na discussão dos problemas da saúde, embora não se detecte uma concertação de opiniões consensuais ou maioritárias que permitam a estes grupos apresentarem posições coerentes em sede de negociações para a estruturação de um sistema plural de prestação de cuidados de saúde. Há aqui um problema de debate interno e de representatividade que tem de ser resolvido sem grandes demoras para que seja possível a criação de um sistema de saúde nacional estruturado e plural.

Muitas estruturas da sociedade civil se têm manifestado, durante este período³², sobre as questões da reforma da Saúde, antes e depois da criação do Conselho.

Na área do financiamento o debate tem-se confinado aos especialistas com discussões tecnicamente complexas e, por isso, de difícil compreensão pela sociedade civil.

A Associação Portuguesa de Economia da Saúde a quem o Conselho solicitou “um pronunciamento sobre algumas questões específicas, nomeadamente a da questão da separação da entidade pagadora e das entidades prestadoras de cuidados de saúde na óptica de um seguro social público e universal, a partir de imposto consignado para a saúde” deu a sua opinião com a reserva de que é a opinião dos seus sócios e não a da Associação que como tal “não emite opiniões que se prendem com a política de saúde nacional”.

³² A quase totalidade dos debates sobre problemas de saúde nos últimos anos aparece referida e comentada nas publicações periódicas “Notícias Médicas” e “Tempo-Medicina” cuja leitura é indispensável para quem pretenda analisar a riqueza do debate público. Mais recentemente também o mensário “Médico de Família” dá conta das aspirações e das propostas na área da Clínica Geral e da relação dos médicos de família com as outras especialidades médicas, bem como do debate sobre as condições do exercício profissional.

Do texto enviado ao CRES — (Anexo VII) com a síntese de um debate interno em que participaram os sócios referidos no próprio documento, salienta-se a afirmação de que **Portugal não gasta pouco em saúde, gasta é mal** por ineficiência do sistema a vários níveis; também é assinalado que o co-financiamento não deve ser visto como uma fonte de financiamento complementar, mas tão somente como uma forma de disciplinar a procura excessiva; também “a ideia de imposto social consignado à saúde foi considerada sem fundamentação económica sólida”. No que se refere às deduções fiscais das despesas em saúde “os participantes concordaram que o sistema actual de deduções fiscais das despesas em saúde, favorece sobretudo as famílias de maior rendimento e os prestadores com mais elevados preços, não sendo por isso promotor de maior equidade e eficiência”. Dá ainda opiniões com muito interesse sobre *opting-out* do sistema público, papel dos sub-sistemas e concorrência entre prestadores, esta aberta a discussão futura.

Também deve referir-se o Estudo, encomendado pelo então Ministro da Saúde, Paulo Mendo, à equipa coordenada pelo Prof. Diogo Lucena, que, tendo sido completado em Março de 1995, não chegou a ser usado em consequência da mudança de Governo. Trata-se de um documento de trabalho de grande rigor académico e científico, que apresenta 20 propostas para a reforma do financiamento da saúde, a primeira das quais é o pressuposto básico e diz “O sistema público de financiamento deve ser encarado como seguro básico público, universal e obrigatório. A responsabilidade do Estado, enquanto financiador é para com o cidadão e não perante o prestador”. Nas outras propostas é feito o desenvolvimento deste pressuposto, sendo apresentadas cinco recomendações estratégicas da maior importância: a evolução, a partir do sistema actual, deve ser gradual, o Estado deve usar formas de regulação da concorrência, o estatuto das unidades públicas de prestação deve ser gradualmente ajustado (sem o que não poderão agir num mercado concorrencial), estas unidades devem ter um financiamento prospectivo e relativo aos serviços a prestar, abertura para formas diferentes de organismos da concorrência e, finalmente, a negociação com os prestadores deve ser descentralizada, possibilitando uma pluralidade de opções ao longo do território nacional

Não é intenção do Conselho referir aqui, de forma exaustiva todas as contribuições que animaram o debate sobre Saúde nos últimos anos no nosso País, nem comentar, em pormenor, as contribuições enviadas ao Conselho. A reflexão sobre esses pareceres e opiniões aparecerá no conteúdo das Recomendações e na justificação das estratégias propostas para o futuro Sistema de Saúde Português.

Um último aspecto merece, contudo, uma menção especial. Qual é o grau de satisfação dos portugueses em relação aos cuidados de saúde que utilizam particularmente nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde?

É bem conhecido que este “grau de satisfação” é modulado por muitos factores, parte deles subjectivos e relacionados com experiências pessoais pontuais que facilmente são

generalizadas. Por outro lado a avaliação do cidadão tem muito que ver com as expectativas pessoais no momento do uso dos Serviços³³.

14 mil cidadãos dirigiram-se em 1996 ao Provedor de Justiça queixando-se das condições de prestação em alguns estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde na Região Norte.

Esta intervenção, organizada, da Sociedade Civil é inédita no nosso País e merece ser saudada como uma importante manifestação da vontade de intervir no sector da Saúde no qual, tradicionalmente, a sua participação não tem sido solicitada; também representa uma tomada de consciência dos direitos da pessoa doente que, em Portugal, não são ainda conhecidos e invocados³⁴.

A leitura das quase três centenas de páginas do Relatório permite concluir que afinal todos parecem ter razão:

Os utentes porque, comprovadamente, são mal atendidos.

Os Directores dos Centros de Saúde porque dizem não dispor dos médicos³⁵ e dos enfermeiros no número objectivamente necessário para atender bem todas as pessoas neles inscritas nem das instalações adequadas ao conforto dos utilizadores.

Os Directores dos Hospitais porque as Consultas Externas estão saturadas com actos médicos que deviam ser praticados pelos Clínicos Gerais nos Centros de Saúde.

Em conformidade o Senhor Provedor de Justiça respondeu à petição com a Recomendação nº 11-A/97, na qual, após um resumo geral das visitas efectuadas e das deficiências encontradas, recomenda medidas de carácter geral — como a realização de auditorias técnicas aos serviços hospitalares e aos centros de saúde e a definição de um plano de articulação global entre os diferentes níveis de cuidados de saúde — e um conjunto de medidas destinadas à melhoria da organização das consultas externas nos hospitais visitados.

O Programa do XIII Governo Constitucional, apresentado e aprovado em Novembro de 1995, (11) aponta, na área da Política de Saúde, no capítulo das “Grandes orientações e objectivos” a intenção de “Reformar o Serviço Nacional de Saúde por forma a, colocando o cidadão no

³³ As expectativas pessoais podem ser muito altas ou muito baixas consoante a informação de que o utilizador dispõe; deste modo, exactamente o mesmo serviço prestado nas mesmas condições, vai ser considerado mau pelo utilizador com expectativas altas e bom pelo outro (tinham-me dito que a demora era de mais de um ano, mas afinal tenho consulta daqui a três meses, estou contente). Mesmo na consulta privada alguns doentes ainda aceitam esperar cinco ou seis horas além da hora marcada para serem consultados ou adiar uma operação por causa de férias do médico.

³⁴ Num artigo recentemente publicado na revista BROTÉRIA (9) é apresentada, em tradução portuguesa, a Carta dos Direitos das Pessoas Doentes proposta pela WHO — Região Europeia, na Conferência de Ljubliana, em Junho de 1996. A implementação deste direitos em Portugal terá de ser progressiva mas em poucos anos deverá modificar o panorama das relações do cidadão com os actores do Sistema de Saúde. O atraso de Portugal nesta evolução para o respeito pelos direitos do cidadão doente manifestou-se nas cartas enviadas ao CRES por cidadãos que viveram muitos anos como emigrantes na França ou na Alemanha e que, regressados a Portugal, estranhavam a forma como eram atendidos no Serviço Nacional de Saúde nos aspectos do relacionamento humano e da eficiência dos procedimentos administrativos. Uma destas cartas foi comentada em artigo dirigido à opinião pública (10).

³⁵ Esta afirmação não se coaduna com o número de clínicos gerais referidos nas estatísticas oficiais.

centro do sistema e garantindo a qualidade do atendimento, aumentar a sua eficiência e eficácia. Para o efeito, serão prosseguidas em simultâneo diversas modalidades de reformas, em áreas bem definidas, para colher da experiência os ensinamentos que levem à adopção futura de um modelo consensual e sustentável”.

Mais adiante afirma:

“Diminuir progressivamente a intervenção do Estado na administração da prestação de cuidados de saúde, dissociando-a de sua condição de financiador do sistema, para o que se torna necessário fomentar a emergência de modalidades alternativas e mecanismos de competição gerida entre prestadores públicos e privados, tendo sempre por objectivo alcançar a melhor qualidade dos cuidados de saúde a prestar”.

O Programa do XIII Governo Constitucional elenca, seguidamente, um conjunto de medidas para realizar as orientações e objectivos, parte das quais têm estado a ser introduzidas actualmente pela Ministra da Saúde, como as que no Programa vêm referidas no ponto 2.2.2 — Rever o Estatuto dos Hospitais..., Criar legislação sobre garantia de qualidade..., lançar um programa integrado de humanização..., Desenvolver a investigação em saúde...”. Na parte 2.2.3, de medidas destinadas à reforma do S.N.S., além das preocupações com o equilíbrio orçamental refere “Fomento da intervenção das instituições de economia social, designadamente Misericórdias, instituições particulares de solidariedade social e mutualidades na oferta de cuidados de saúde”.

A Assembleia da República, pela Comissão Parlamentar de Saúde, mostrou também uma grande sensibilidade para a questão da reforma da saúde, tendo organizado o Forum “Saúde em Portugal”.

Nestas Jornadas, de informação e debate, participaram com comunicações quase todos os Ministros e Secretários de Estado da Saúde dos Governos Constitucionais, que expuseram os seus pontos de vista e os motivos das suas decisões como governantes. Também se pôde ouvir a posição dos Bastonários das Ordens, dos Médicos e dos Farmacêuticos, e de outros organismos de classe, como os dos enfermeiros e administradores hospitalares, economistas da saúde e seguradores privados.

Algum tempo antes, o Conselho de Reflexão, a seu pedido, tinha tido uma reunião com a Comissão de Saúde e Assistência para informação, tendo respondido a questões postas pelos Deputados de todos os Partidos Políticos com representação parlamentar.

Muito mais iniciativas, além das que constam do Anexo VI, podiam ser referidas e comentadas. Mas a conclusão seria sempre que as forças políticas dentro e fora do governo, os profissionais de saúde e os economistas da saúde, desde há alguns anos que vêm propondo projectos de reforma; alguns chegaram a ser lei, mas nenhum se concretizou na totalidade.

Não é, assim, legítimo, avaliar as reformas vazadas em Lei, a partir da Lei Arnaut, porque nem esta lei, nem as que se lhe seguiram, foram, de facto, postas em vigor na totalidade dos seus Artigos.

Com algum distanciamento crítico, pode dizer-se que se conseguiram êxitos indiscutíveis na evolução do Sistema, mantendo-se, todavia, pontos críticos. Êxitos pontuais indiscutíveis.

Só por má fé, alguém pode afirmar que nestes 25 anos não houve um progresso espectacular em indicadores de saúde, como por exemplo a mortalidade peri-natal e infantil e a mortalidade materna. Se reconhecemos que a melhoria dos indicadores económicos e culturais tem, aqui, a sua influência, temos também de reconhecer que a melhoria das condições de prestação de cuidados de saúde — com realce para um importante crescimento na taxa de cobertura do território nacional, possibilitada pela criação no âmbito do Serviço Nacional de Saúde de novos Hospitais e Centros de Saúde — é um factor relevante. Viémos de valores muito maus e estamos já com níveis europeus, embora baixos. A melhoria, agora, terá de depender de uma intervenção mais profunda no sistema de saúde.

Também é indiscutível que a qualidade médica e cirúrgica, não só melhorou, como se generalizou, deixando de se verificar apenas nos Centros de excelência de Lisboa, Porto e Coimbra, para se revelar em muitos outros Hospitais, em todo o território, com grande benefício para as populações, que são agora poupadas a deslocações, tornadas desnecessárias, para os Hospitais dos grandes centros urbanos referidos.

Contudo, o atraso no programa da criação de algumas infraestruturas hospitalares, consideradas necessárias, quer por falta de verbas, quer pela extrema morosidade na execução deste tipo de obras públicas em Portugal, gerou algumas dificuldades na acessibilidade aos cuidados de forma equitativa.

O nascimento de Hospitais e a criação de serviços de internamento em alguns Centros de Saúde, um pouco por todo o País, sem a necessária educação das populações, criou nestas a convicção de que é só nos Hospitais que se tratam as doenças, provocando uma procura despropositada e encarecendo significativamente o tratamento de doenças banais.

Os novos Hospitais construídos, os que estão em construção e os previstos em planos oficiais, aparecem tardiamente e quando o conceito de Hospital e do seu papel num sistema de saúde evoluiu drasticamente provocando, nos países europeus, um movimento permanente de redução do número de camas hospitalares.

A taxa de ocupação das camas hospitalares é baixa e sê-lo-á ainda mais se o uso da cama hospitalar for racionalizado, restringido às doenças agudas e graves que obrigam à permanência no leito; o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório e a alta precoce devidamente apoiada em Cuidados de saúde domiciliários contribuirá igualmente para reduzir a necessidade de camas hospitalares.

Os Hospitais evoluem cada vez mais para Hospitais de agudos, com as melhores tecnologias e médicos altamente especializados e nos quais as pessoas doentes permanecem o menos tempo possível.

Depois da evolução do conceito de hospitalo-centrismo, entende-se que a assistência médica, permanente e acessível às populações, deve ser feita pelos Médicos Assistentes, especialistas de medicina geral e competentes para resolver a grande maioria das situações clínicas das pessoas que os procuram.

Este modelo supõe, contudo, que o país dispõe de um corpo de Médicos Assistentes — que nalguns países se chamam internistas gerais — de grande competência clínica, preparados para utilizar as técnicas de diagnóstico da medicina geral, com fácil acessibilidade das pessoas doentes e disponíveis para a visita domiciliária e o acompanhamento das doenças crónicas; e que recorram ao parecer de especialistas e ao internamento hospitalar quando for medicamente justificado, por decisão sua e não do doente ou dos familiares.

Quando os dados epidemiológicos o justificarem, estes doentes crónicos, como os doentes terminais, podem estar internados em instituições adequadas (que não são hospitais) e assistidos pela visita do médico-assistente e por uma importante e especializada assistência de enfermagem.

A generalização dos meios informáticos em todo o sistema de saúde, como se preconiza noutra parte deste relatório, irá potencializar e facilitar o trabalho do Médico Assistente e dar-lhe apoio científico rigoroso pelo acesso fácil aos critérios da *evidence-based medicine* para cada situação clínica concreta³⁶.

Da leitura de muitos depoimentos, solicitados pelo Conselho, parece consensual que a prioridade das prioridades é a criação deste corpo de Médicos Assistentes, que serão Clínicos Gerais, com todas as condições necessárias na formação pré-graduada, na formação de especialização, na aprendizagem permanente, nas formas de exercício profissional e no modelo remuneratório, para que possam ser o suporte essencial de um Sistema de Saúde Português, técnica e cientificamente seguro e capaz de resolver, no seu âmbito de acção, a maior parte dos problemas de saúde das populações, dando a estas tranquilidade e segurança.

A Organização Mundial de Saúde, pelo seu Departamento Europeu apresentou já uma Carta para a formação deste novo Clínico Geral (12), garantia e suporte de um Sistema de Saúde moderno, eficaz e, talvez, menos dispendioso para os cidadãos. A necessária intervenção nesta área deverá ter em conta, com as necessárias adaptações à situação sócio-cultural portuguesa, os conceitos e as propostas deste importante documento da OMS.

³⁶ Um artigo recente de Guilherme Perry Sampaio, publicado no Semanário Económico, intitulado "Os serviços de saúde e a Internet, faz referência ao site americano "Doctor's Guide" que é uma "potente base de dados sobre assuntos relacionados com a saúde. Aqui é possível tomar conhecimento das últimas notícias na área da Medicina, saber quais os últimos medicamentos aprovados ... assim como ficar por dentro dos novos tratamentos utilizados para a cura de determinadas doenças".

BIBLIOGRAFIA

1. Saúde em Portugal. O grande desafio do final do século. Separata da Revista *Ordem dos Médicos*, de Julho/Agosto de 1997.
2. Carreira, H.M. — As políticas sociais em Portugal. In *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*. Organização de António Barreto. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Abril 1996
3. Rocha, J.J. Nogueira — Natureza jurídica das instituições e serviços de saúde que integram o sistema de saúde português. *Direito da Saúde e Bioética*. Lex. Lisboa, 1991
4. Serrão, Daniel — Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Comentário crítico. Intervenção no Colóquio sobre o Serviço Nacional de Saúde. *Acção Médica*, LVII(2): 5-14, 1993
5. Amaral, D. Freitas do — CONSULTA. 29 Abril 1996 (texto dactilografado, policopiado)
6. Correia, Sérvulo — CONSULTA. 23 Novembro 1996 (texto dactilografado, policopiado)
7. Sousa, Marcelo Rebelo de — PARECER. CONSULTA. 18 Agosto 1996 (Texto dactilografado, policopiado)
8. Parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República, de 22 de Fevereiro de 1996, homologado por despacho da Senhora Ministra da Saúde, de 18 de Março de 1996
9. Serrão, Daniel — Direitos das pessoas doentes — uma revolução tranquila e benfazeja. *BROTÉRIA*, 143(5): 1996
10. Serrão, Daniel — Como deverá evoluir o sistema de saúde do nosso país? *Jornal de Notícias*, 1997
11. Programa do XII Governo Constitucional. Edição da Presidência do Conselho de Ministros, Novembro, 1995
12. Serrão, Daniel — O Clínico Geral e o Serviço Nacional de Saúde — presente e futuro. *BROTÉRIA*, 144(1): 21-38, 1997

PARTE - II

**RECOMENDAÇÕES PARA UMA
REFORMA ESTRUTURAL**

1. A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

No mundo moderno, a Saúde não é encarada apenas como uma questão individual da pessoa doente ou, noutra perspectiva, como uma relação que envolva exclusivamente prestadores de cuidados e doentes.

A Saúde, pela importância económica e social dos recursos envolvidos, passou a ser encarada como um Sistema, que pressupõe diferentes níveis de intervenção (que vão da promoção da saúde aos cuidados paliativos), formas organizadas de actuação em cada nível (o médico de família, o hospital, a residência medicalizada), modelos de financiamento adequados e métodos de avaliação sistemática e objectiva sobre a efectividade, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados. Para que todas estas tarefas se cumpram adequadamente, os Sistemas de Saúde têm que estar dotados de mecanismos de informação cada vez mais potentes e rápidos, que permitam recolher, tratar e disponibilizar uma série de dados de natureza clínica, epidemiológica, física, económica, financeira, etc.

Ou seja, à medida que o arsenal técnico-científico se amplia e moderniza, mais necessidade têm os Sistemas de Saúde de se munirem de processos racionais de gestão, que mobilizem convenientemente os recursos, organizem adequadamente a produção de cuidados e concebam instrumentos de avaliação ajustados aos diferentes agentes e instituições envolvidas.

Reafirme-se, a propósito, que Portugal registou nas duas últimas décadas, em muitos indicadores sanitários, na utilização de cuidados, na oferta de serviços e na evolução científica e tecnológica dos seus meios, avanços notáveis que nos permitiram encurtar distâncias face aos nossos parceiros comunitários e ombrear com eles em muitas áreas técnicas. Tudo isto foi possível, como vimos também, à custa dum esforço económico assinalável, já que entre 1974 e 1994 as despesas totais em saúde em % do PIB passaram de 4.1 para 7.6 (1).

A realidade mostrou-nos, todavia, que aos avanços registados e ao esforço económico verificado, não correspondeu uma evolução idêntica do modelo organizacional e da mentalidade dos diferentes agentes envolvidos. Não é por acaso que no confronto entre o funcionamento de serviços de saúde portugueses e de outros países da OCDE, as distâncias que nos separam no acesso, informação, acolhimento, pontualidade, celeridade, continuidade de cuidados, hotelaria, etc, nos são ainda francamente desfavoráveis e a rentabilidade das instalações, dos equipamentos e dos profissionais é, entre nós, bastante mais baixa.

Não será também por acaso que, noutros países, mais ricos do que nós, as questões da organização, da gestão e da avaliação do Sistema de Saúde, no sentido de lhe acrescentar uma maior racionalização, profissionalismo e responsabilidade, estão há

muito na ordem do dia, são discutidas com menos preconceitos de classe ou de grupo e se vai chegando a plataformas de entendimento que estabelecem melhores compromissos entre a qualidade dos serviços, a economia dos recursos e a satisfação de utilizadores e prestadores.

Em tese, o Sistema de Saúde Português tem a marca dominante do SNS, modelo oportuno e generoso que responsabilizou o Estado pela Saúde dos portugueses, outorgando-lhes o direito (geral, universal e gratuito) de acesso aos cuidados de saúde. De um papel supletivo na área da prestação de cuidados, o Estado passou a assumir todos os papéis relevantes (no planeamento, financiamento, organização, prestação e avaliação). Como unidade de comando do Sistema, o Estado, através do Governo, passou a dirigir e a executar todas as tarefas, socorrendo-se, para isso, de um modelo centralizado e normativo de orientação: a autonomia dos serviços é muito reduzida, as decisões regem-se por dispositivos legais e regulamentares infundáveis, o que as torna burocráticas, defensivas, lentas e pouco flexíveis face ao tipo e ao ritmo das mudanças dos valores sociais, culturais, científicos e tecnológicos do país, em geral, e da área da Saúde em particular.

Tal modelo, tendencialmente impositivo para todos os agentes do Sistema de Saúde (dos prestadores directos aos doentes), não tem, no entanto, conseguido estabelecer as suas próprias disposições fundamentais.

Tomemos três exemplos paradigmáticos:

- a) O conceito de clínico geral (vulgo médico de família), abundantemente referido e regulamentado, não tem correspondido, na prática, ao que seria legítimo esperar, já que não funciona como tal para uma parte importante dos portugueses;
- b) Apesar das sucessivas alterações introduzidas na organização dos regimes de trabalho médico hospitalar, pouco se alterou no funcionamento dos hospitais, com os períodos da manhã geralmente repletos de médicos e de doentes ambulatoriais e os períodos da tarde apenas com médicos de urgência e poucas consultas externas;
- c) Consagrou-se o princípio da referência médico-administrativa dos doentes que circulam entre os diferentes níveis de cuidados. Mas na maioria dos casos tal referência não existe ou é reduzida a um expediente burocrático que nada informa e que apenas pode permitir dificultar o acesso a certo tipo de cuidados, por conveniência dos Serviços.

Parece, em síntese, que o modelo normativista que nos rege, só é determinante para as matérias de organização e gestão formal do Sistema, revelando-se incapaz de promover o bom e efectivo funcionamento dos Serviços para as pessoas. Ou seja, a regulação do Sistema de Saúde Português só em parte apresenta as características

do “modelo tecnocrático”(2), já que se mantem, em larga medida, um sistema de controlo administrativo em grande parte dominado pela profissão médica.

Esta importante componente de regulação do nosso Sistema de Saúde trouxe, ao longo das últimas décadas, vantagens assinaláveis, já que foi essa uma das razões explicativas para o rápido avanço científico e tecnológico que se registou. Mas contribuiu também para a criação de alguns desequilíbrios no desenvolvimento dos nossos recursos e na sua utilização. Por exemplo: “o excesso de intensidade médica” (3) ilustrado pela rácio enfermeiros/médicos, claramente favorável aos segundos no nosso país e curiosamente atípico no contexto da U.E. e da OCDE, apenas é equiparável a países menos desenvolvidos como a Turquia, a Grécia ou Espanha.

Esta análise faz parte de um estudo recente em que se estima que o “custo da utilização excessiva de médicos” em Portugal corresponderá, no mínimo, a cerca de 14% da massa salarial no sector da Saúde, o que poderá ser contrariado com o reforço “da oferta, atribuições e competências dos enfermeiros”. (3)

Reconheçamos que não é fácil alterar radicalmente o sentido dos novos investimentos em recursos humanos. Intervêm aqui matérias de natureza cultural e de representação sócio-económica e profissional, que estão muito enraizados na mentalidade dos portugueses. Mas parece não restarem dúvidas de que, numa visão de longo prazo, o prestígio e a formação de quadros na área da enfermagem e das tecnologias de diagnóstico e tratamento devem, neste contexto, tornar-se matérias prioritárias, designadamente se pensarmos nos problemas dos idosos, nas actividades de reabilitação física e psicológica e nos cuidados paliativos.

2. A MISSÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Analisámos já, com algum pormenor, a complexidade técnica e social que hoje envolve as questões da Saúde. A noção de Sistema, também já anteriormente desenvolvida, pressupõe a presença de vários elementos (níveis de cuidados, recursos humanos e materiais, instituições, informação, investigação, etc), dispostos de forma coerente e organizada e que se orientem para finalidades e por valores claramente assumidos pela Sociedade. Este conjunto de orientações identificarão a matriz fundamental do Sistema de Saúde e serão o ponto de partida para os desafios estratégicos que se nos colocam a médio e longo prazo.

Definimos por isso uma missão para o Sistema de Saúde Português, consubstanciável nos seguintes atributos:

1. Proporcionar um modelo integrado de promoção e manutenção da Saúde e do Bem-Estar, e de prevenção da doença, em articulação permanente com outras

dimensões, designadamente, a Economia, o Ambiente, a Educação, o Emprego, a Segurança, os Transportes e Comunicações, a Habitação e a Nutrição.

2. Assegurar a todos os cidadãos portugueses o acesso aos cuidados de Saúde necessários, em tempo oportuno e de forma contínua, sem barreiras de natureza económica, geográfica, arquitectónica ou cultural, sem discriminações em razão do estatuto económico ou social, a idade, a raça, o sexo ou o credo religioso.
3. Promover e garantir o atendimento personalizado dos cidadãos, no respeito integral dos seus direitos fundamentais, designadamente em matéria de privacidade, liberdade de escolha e informação, e dentro de uma conduta tecnicamente adequada, atenciosa, diligente e respeitadora dos valores éticos e humanos.
4. Desenvolver metodologias ajustadas à organização e prestação de cuidados, para que os recursos envolvidos sejam utilizados de forma criteriosa e racional, designadamente na definição de prioridades, nos processos de produção de cuidados e na avaliação dos resultados obtidos.
5. Estimular e desenvolver a investigação científica e tecnológica de modo a que novos contributos teóricos e novas práticas clínicas possam estar actualizadamente disponíveis para todos os cidadãos.

Apesar de alguns destes atributos estarem já consagrados no nosso ordenamento jurídico, designadamente na Lei Constitucional e na Lei de Bases da Saúde, consideramos ser metodologicamente indispensável explicitá-los, à partida, como quadro de referência para toda a reflexão que se seguirá.

Acrescente-se, todavia, que alguns dos pressupostos enunciados não são objectivamente valorizados no nosso actual Sistema de Saúde ou são, até, na prática, contrariados:

- a) A ideia de **cuidados de saúde necessários** não consta no nosso ordenamento jurídico e pensamos ser hoje matéria incontornável nas discussões sobre equidade, solidariedade e custo-efectividade, como oportunamente desenvolveremos;
- b) A noção de **liberdade de escolha**, tem sido sistematicamente combatida nas regras de acesso ao SNS, impondo-se frequentemente aos cidadãos, clínicos gerais, sem hipótese de escolha, consultas e internamentos hospitalares confinados à área de residência e, até, urgências segundo o mesmo critério geográfico.

O cidadão deve ter o direito de escolher o seu médico de família, este deve orientá-lo para a utilização de cuidados secundários e, nalgumas circunstâncias, deve haver a possibilidade de acesso a uma segunda opinião.

- c) A **personalização dos cuidados** é sistematicamente subvalorizada no planeamento dos serviços e na formação dos quadros técnicos. A concentração de utentes em Centros de Saúde, na marcação e espera de consultas hospitalares e nas urgências, são reveladoras do fenómeno de massificação crescente do nosso SNS.

Por outro lado, o Sistema não está preparado para ser flexível (na linguagem, na relação humana, no modo e no conteúdo da informação, na satisfação de hábitos pessoais do doente, etc), na resposta a uma procura constituída por públicos social e culturalmente diferentes.

Os técnicos de saúde e o pessoal administrativo e auxiliar não têm, na maioria das situações, formação básica ou complementar nas áreas das relações humanas ou da psicologia. Os resultados não são, por isso, brilhantes, com grandes oscilações nos comportamentos profissionais entre o paternalismo e a arrogância.

- d) A **racionalidade do Sistema** tem sido uma das mais evidentes lacunas do nosso Sistema de Saúde, como frequentemente se vem demonstrando³⁷: recursos desequilibradamente distribuídos pelo território nacional, falta de enfermeiros e de técnicos de diagnóstico e terapêutica para um número de médicos, nalguns casos superior às necessidades, utilização pouco racional dos serviços, com o grande peso das urgências, equipamentos por vezes em excesso, mal distribuídos e sub-aproveitados, consumos exagerados de medicamentos, grandes variações nos procedimentos clínicos, ausência de avaliação de resultados, descontinuidade de cuidados e duplicação desnecessária de actos, protecção na doença com a utilização simultânea de vários sub-sistemas e benefícios duplicados, etc.

3. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Definida a missão, como matriz de princípios e valores estruturantes do nosso Sistema de Saúde, importa reflectirmos sobre os pontos ou áreas críticas que, do nosso ponto de vista, contribuem para os desvios significativos entre a sua missão e o seu desempenho.

Após aturadas e profícuas discussões, foi possível consensualizar as questões nevrálgicas que exigem uma intervenção deliberadamente orientada, no sentido de promover mudanças importantes. A isso chamamos os objectivos estratégicos do Sistema de Saúde Português: “objectivos” porque pressupõem mudanças, envolvem riscos e apontam metas; “estratégicos”, porque se acredita tratar-se de factores-

³⁷ Cf. Anexo IX “Opções para um debate Nacional”

-chave de sucesso para o futuro da Saúde em Portugal, ou seja, consubstanciarão transformações que compatibilizarão melhor as necessidades dos cidadãos portugueses, os interesses dos prestadores e a utilização racional de recursos, que se pretendem suficientes e adequados.

Elegemos cinco objectivos estratégicos essenciais. Para cada um deles tentaremos esclarecer sucintamente as razões da sua escolha e, posteriormente, os instrumentos possíveis de intervenção. Na parte final, sintetizaremos, as principais recomendações a apresentar ao Governo.

3.1. Reforçar, dentro do Sistema de Saúde, os valores da universalidade e generalidade na cobertura, da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento.

Apesar de constitucionalmente reconhecidos, tais valores, estão ainda longe de estar satisfatoriamente cumpridos e a solidariedade no financiamento tem mesmo objectivamente vindo a diminuir.

1. A. UNIVERSALIDADE E GENERALIDADE

A universalidade pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e por serviços prestadores de cuidados. Em tese, tal princípio está consagrado, conjugado de forma inseparável com o princípio da generalidade. Este princípio, aponta para o direito dos cidadãos a todo o tipo de cuidados de saúde (cuidados compreensivos e contínuos). Ora, o SNS, o Sub-sistema básico da Saúde em Portugal, não tem capacidade para dar cobertura a um conjunto vasto de prestações básicas:

- o acompanhamento da criança, do nascimento até à adolescência não está ainda suficientemente garantido por consultas de Pediatria de carácter preventivo ou apenas de manutenção. Grande parte das famílias socorre-se habitualmente, quando para isso possui recursos financeiros, de pediatras em regime privado;
- a oferta dos cuidados dentários não está suficientemente desenvolvida no SNS, por forma a dar cobertura aos variadíssimos problemas da saúde oral com que frequentemente os cidadãos se confrontam. Por isso, a maioria dos cuidados dentários é prestada em regime privado;

(Repare-se que, para estes dois tipos de cuidados, há entretanto sub-sistemas que concedem cobertura, ainda que parcial, aos seus aderentes, o que na prática, configura uma discriminação evidente em termos de universalidade e de generalidade.)

- os cuidados de evolução prolongada, para idosos, casos terminais, sinistrados, deficientes ou doentes em reabilitação, são prestados, injustificadamente, em regime hospitalar, não havendo estruturas de saúde disponíveis para acolher esses doentes e prestar-lhes cuidados tecnicamente ajustados e humanamente dignos. Refira-se, a este propósito, a hipocrisia dominante neste sector de cuidados de saúde. Por conveniência, prefere-se muitas vezes considerar estas questões como casos ou problemas sociais e, como tal, remetê-los para a Segurança Social. Esquece-se, deliberadamente ou não, que a maioria desses doentes, transporta consigo, antes de mais, um problema de saúde, que os diminui física e psicologicamente e que deveria merecer do sistema, uma resposta técnica e humana adequada³⁸.
- um número significativo de portugueses não tem, de facto, acesso a um clínico geral, apesar de legalmente previsto. Mesmo nos Centros de Saúde, onde os cidadãos têm um clínico geral que os vai repetidamente observando, o conceito de médico assistente não funciona de forma plena.

O acompanhamento e apoio permanentes, a manutenção da saúde, a disponibilidade para visitação domiciliária, a referência personalizada para outro médico ou para o hospital e o respectivo acompanhamento, seriam comportamentos ajustados à função do clínico geral e dariam concerteza mais confiança e satisfação ao doente. Muitos portugueses não têm clínico geral de referência e são observados, à vez, pelo médico que nesse dia está mais disponível nas Consultas do Centro de Saúde. Estas têm sido ultimamente organizadas nesta perspectiva. Isto é, pretendendo responder aos pedidos de consulta, disponibilizam equipas para períodos alargados de funcionamento, observando assim, todos ou a maioria dos doentes que aparecem, mesmo os que não têm marcação. Se em termos de produção e de acessibilidade, tal medida possa parecer interessante, olhando à substância do conceito de médico assistente, vê-se que caminhamos para modelos que dele se afastam cada vez mais: perde-se o conhecimento e a relação recíproca médico-doente, da noção de acompanhamento passa-se para a consulta pontual, da manutenção da saúde tende-se para a medicalização excessiva.

- outros problemas de Saúde emergentes, como a toxicodependência e a SIDA, não têm tido, até ao momento, uma resposta adequada do SNS, mesmo no âmbito restrito do tratamento e da reabilitação.

³⁸ O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), criado recentemente, da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde e da Direcção-Geral de Acção Social, estabeleceu as regras de cooperação entre Saúde, Segurança Social e Instituições privadas, subsidiando e avaliando programas que lhe são propostos. A expansão desta metodologia de acção e de financiamento a todo o território nacional pode vir a constituir uma resposta coerente a um problema que se agravará continuamente.

2. A. EQUIDADE

A equidade no acesso aos cuidados de saúde é um dos valores mais apreciados nos sistemas de saúde das sociedades democráticas, principalmente na Europa.

Numa abordagem muito simples e resumida do conceito, podemos considerar a equidade como referida ao conjunto de recursos que devem ser igualmente distribuídos entre todos os indivíduos ou grupos sociais (4). Incorpora, essencialmente, duas perspectivas: a equidade horizontal (para necessidades iguais, recursos iguais); a equidade vertical (para necessidades diferentes, recursos diferentes).

A noção de equidade tem em saúde um valor eminentemente ético e social e, por isso, não é concebível que, utilizando recursos públicos, alguns tenham cuidados supérfluos e outros não tenham acesso a cuidados de saúde necessários. Os desequilíbrios no tecido económico e social que podem resultar da iniquidade do Sistema de Saúde são suficientemente óbvios e os respectivos custos incalculavelmente elevados.

A gratuidade tendencial do nosso SNS, nos pontos de utilização, favorece, em princípio, o respeito pelo valor da equidade: todos os portugueses têm acesso a todos os serviços públicos de saúde. Porém, há Serviços de Saúde do Estado em que o acesso não é igual para todos, ou pelo menos, não se processa da mesma forma:

- é o caso dos serviços de saúde militares, reservados exclusivamente aos membros das Forças Armadas e Militarizadas e a familiares, segundo condições e utilizando meios eventualmente mais favoráveis. Se em tempo de guerra se percebe bem a existência de serviços de saúde próprios para os militares, já nas nossas actuais circunstâncias e, sabendo bem que muita da actividade neles desenvolvida corresponde a situações de doença comum, não se percebe bem este tipo de selectividade, tanto mais que envolve recursos concertada avultados;
- o acesso de doentes abrangidos por subsistemas de saúde às Consultas Externas dos Hospitais públicos, dispensa, em princípio, qualquer referência médico-administrativa; em contrapartida o cidadão que apenas apresenta o cartão de beneficiário do SNS terá que se fazer acompanhar daquela referência para ter acesso àquelas consultas. Mais uma vez, para situações idênticas, soluções diferentes;
- por outro lado, há cidadãos que, pelo facto de possuírem serviços de assistência médica complementares (de natureza profissional ou de empresa) não têm acesso gratuito aos cuidados de saúde prestados no SNS. É, neste particular, conhecida a polémica entre o SNS e os SAMS³⁹.

Mas a questão da equidade assume particular importância quando analisamos a forma como os recursos do SNS se distribuem pelo território nacional, as frequências de utilização de serviços, em termos de consultas, internamentos e exames

³⁹ Cf. Pareceres já citados, pág. 91

complementares e, conseqüentemente, os indicadores sanitários das diferentes regiões do país. Verificamos que as populações do litoral saem largamente beneficiadas⁴⁰, o que consubstancia aquilo que podemos classificar como uma iniquidade estrutural do nosso SNS.

De referir ainda mais duas características típicas do nosso Sistema de Saúde que, em princípio fragilizam a equidade:

- a) a existência de subsistemas de saúde confere aos seus beneficiários, regra geral, mais hipóteses de escolha, acesso a um leque mais compreensivo de benefícios e reembolsos, por vezes, mais generosos. Ora, sabemos que nem sempre quem mais utiliza os cuidados de saúde é quem mais deles necessita. Sabemos também que os mais pobres, os desempregados e os que possuem empregos menos diferenciados, são os que apresentam, regra geral, mais necessidades em cuidados de saúde. E esses, têm apenas a cobertura do SNS. Ora, conjugando estes postulados, não será difícil concluir que a existência cumulativa do acesso ao SNS com benefícios suplementares provenientes de subsistemas, introduz no Sistema de Saúde uma clara discriminação positiva em favor destes cidadãos sem ser por razões de natureza clínica: necessitam eventualmente menos e utilizam eventualmente mais.
3. Dá-se até a circunstância, fortemente criticável, de muitos beneficiários de subsistemas, ao utilizarem consultórios particulares, adquirirem, por esse facto, a possibilidade de terem um acesso privilegiado a exames, consultas e internamentos no SNS, passando, por vezes, à frente de outros doentes, porventura com situações clinicamente prioritárias;
- b) estatuto social, os conhecimentos e a informação, são factores determinantes no acesso ao SNS, num país de brandos costumes em que a permissividade dos agentes se sobrepõe, com frequência, às prioridades clínicas dos doentes. É mais um elemento, sempre presente, de iniquidade no acesso.

C. SOLIDARIEDADE

A solidariedade é também, como já vimos, uma das chaves-mestras dos Sistemas de Saúde modernos. Deriva, essencialmente, do facto da Saúde ser hoje encarada como um bem social ou colectivo, o que significa que todos os cidadãos beneficiam quando alguém recebe cuidados de forma preventiva ou curativa. Há, também aqui, uma questão ética, paradigmática, já que a vida como valor supremo, o sofrimento físico e psicológico, a incapacidade (permanente ou temporária) e a deficiência, envolvem aspectos de tal forma dramáticos que todos, nas sociedades mais avançadas e mais democráticas, convivem mal com as mortes evitáveis ou com o sofrimento explícito do

⁴⁰ Cf. Anexo IX“Opções para um Debate Nacional”

seu semelhante. A solidariedade será, assim, um valor que se realiza transferindo os custos dos cuidados de saúde dos idosos para os mais novos, dos doentes para os saudáveis, dos pobres para os ricos.

Tempos houve em que a solidariedade assumia um carácter mais voluntário, de natureza individual ou de grupo, como quando uma pessoa abastada legava a um hospital público uma soma avultada de parte do seu património, ou um grupo de cidadãos se organizava para apoiar crianças deficientes. Não são, hoje, as formas mais vulgares entre nós, mas de certo modo o papel das Ordens Religiosas e das Misericórdias e outras instituições privadas de solidariedade social pode equiparar-se a esse tipo de solidariedade.

A solidariedade pode, ainda, assumir a forma de defesa de interesses, de natureza intragrupal, como quando um sindicato de trabalhadores institui um serviço de saúde para os seus próprios filiados, que se quotizam em função dos seus rendimentos.

Finalmente, pode assumir uma forma pública e universal — uma solidariedade orgânica — regida por dispositivos de natureza política e administrativa que condicionam as próprias opções dos indivíduos. Nestas circunstâncias, não existe uma solidariedade imediata, uma motivação de ajuda directa a terceiros. Trata-se de uma solidariedade obrigatória e que pretende garantir, em nome do bem público, através da comparticipação compulsiva dos que mais podem, cuidados de saúde para todos.

O SNS financiado pelos impostos pagos com base nos rendimentos das famílias e das empresas e de utilização tendencialmente gratuita, pretende responder a esta última asserção de solidariedade: os que mais rendimentos auferem pagariam mais para o SNS, e os mais carentes utilizariam mais os serviços disponíveis. Haveria assim uma transferência dos custos de saúde para aqueles que são mais ricos, mais novos e menos doentes.

Há aqui, todavia, dois problemas. O primeiro, já anteriormente explicado, prende-se com a equidade. De facto, em Portugal nota-se uma maior propensão ao consumo de cuidados pelos que residem em zonas com mais poder de compra e das famílias com rendimentos relativamente mais elevados. Houve nesta matéria uma evolução importante nas últimas décadas. O Hospital público (ou para-público, como acontecia quando a propriedade era maioritariamente das Misericórdias) era mais utilizado pelos grupos populacionais mais pobres ou do operariado. Hoje, a preponderância do papel do Estado⁴¹ como financiador e prestador, a par da concentração tecnológica e da competência dos seus profissionais, faz com que o Hospital público seja também utilizado pelas classes médias e pelas classes de elevados rendimentos. Todos se

⁴¹ Segundo alguns, devido a uma certa concepção de intervencionismo governamental que enfraqueceu formas espontâneas de solidariedade da sociedade civil.

sentem aí mais seguros quando os problemas são complicados e, por outro lado, as classes médias não têm, geralmente, possibilidades económicas de tratar no sector privado situações que envolvem custos elevados, por internamentos prolongados, tratamentos quimioterapêuticos caríssimos ou cirurgias de média ou grande complexidade. Nestas circunstâncias, e como atrás referimos, factores extra-clínicos são determinantes na prioridade da utilização.

O segundo problema prende-se com a forma como se realiza, de facto, o financiamento da saúde. Vimos já⁴², que na última década as despesas privadas ou directas dos cidadãos portugueses subiram mais de 10 pontos percentuais no conjunto das despesas de saúde. Passaram de cerca de 28% das despesas totais de saúde para aproximadamente 40%, o que nos coloca num dos últimos lugares no contexto da União Europeia em matéria de Solidariedade.

E porquê? Porque o disparo nas despesas privadas de saúde, significa que as pessoas doentes cada vez mais pagam do seu bolso os cuidados de saúde que recebem. Ou seja, por cada 100 contos que são gastos na prestação de cuidados de saúde, cerca de 40 contos provêm do esforço financeiro directo dos próprios doentes. Não há aqui, portanto, uma protecção suficiente dos rendimentos dos mais doentes e dos mais pobres, nem há uma transferência de custos para os mais ricos e mais saudáveis.

Tal facto é ainda agravado pelo carácter fortemente regressivo deste tipo de financiamento, através dos pagamentos directos. Em 1980, 30% da população portuguesa classificada como a mais pobre, detinha 13% dos rendimentos e suportava 22% de todas as despesas directas de saúde em Portugal. Os 30% mais ricos da população, detinham 54% do rendimento e suportavam 46% das despesas. (5)

Tal comparação ilustra claramente o carácter regressivo dos pagamento directos, situação que, curiosamente, se mantém inalterável para os dados de 1990, apesar do crescimento significativo das despesas privadas nesse período de 10 anos, como já vimos.

Em contrapartida, vimos assistindo a um crescimento importante de formas de solidariedade intragrupal. Ainda recentemente foi criada a Associação Nacional dos Sistemas de Saúde (Abril 97) que congrega nove serviços sociais e de saúde de seis empresas públicas, dois Sindicatos e um Ministério e dá cobertura a cerca de 2,5 milhões de pessoas.

Este fortíssimo subsistema surge como resposta às ineficiências e à insatisfação provocadas pelo SNS e representa uma solidariedade efectiva dentro dos grupos

⁴² Cf. Anexo IX "Opções para um Debate Nacional"

sociais que envolve. Mas, soluções deste tipo têm implicações mais profundas em matéria de solidariedade que serão posteriormente abordadas.

Ainda uma palavra sobre a justiça tributária. Parece evidente que a fuga ao fisco dos que trabalham por conta própria ou exerçam profissão liberal tem, em Portugal, uma dimensão importante. A tal ponto que desvirtua significativamente o princípio da equidade fiscal e agrava, concerteza, a falta de solidariedade no financiamento da saúde. É um problema que deve ser seriamente encarado e de cuja solução depende a equidade e a solidariedade do Sistema.

3.2. Orientar o Sistema de Saúde para os seus utilizadores, na definição das políticas, no planeamento e na distribuição dos recursos, na organização e funcionamento dos serviços e nos processos de prestação de cuidados.

A organização dos cuidados de saúde em Portugal e, em particular, a forma como a oferta se dispõe perante a procura, é reveladora da incapacidade do sistema se adaptar a um consumidor cada vez mais evoluído e mais exigente.

Não basta, nesta matéria, ter novos Centros de Saúde, novos Hospitais, mais tecnologia ou muitos médicos. Todos estes e outros recursos terão que ser planeados e organizados tendo em vista o cliente final, adaptando-se às suas expectativas, facilitando novos padrões de atendimento, célere e personalizado, dispondo de informação rigorosa e oportuna para doentes e familiares, organizando a prestação de serviços no respeito pelo nível social das pessoas, os seu hábitos e a sua cultura.

Há, muitas vezes, uma diferença notória, entra a forma como as pessoas são acolhidas e tratadas dentro do SNS ou em ambientes privados, quanto ao conforto e à personalização dos cuidados. Apesar dos técnicos de saúde serem, regra geral, os mesmos, em ambiente privado parece adquirirem um modo mais atencioso e humano de fazer as mesmas coisas. Haverá, como é óbvio, razões explicativas para este fenómeno que a seu tempo tentaremos também escarpelizar.

De momento, interessa-nos apenas salientar a realidade do SNS. Está fechado sobre si mesmo, preocupado com os seus problemas internos (financiamento, carreiras profissionais, aquisição de equipamentos, investimentos em novas instalações, observância das leis e dos regulamentos, etc.). Raramente se estabelece um elo de ligação entre essas preocupações e aquilo que as pessoas que procuram os serviços necessitam de facto.

Assim se explica que, no nosso SNS, seja o utilizador que se tenha de adaptar à lógica do seu funcionamento e não o inverso: é o doente que percorre os circuitos para marcar consultas ou exames; é também ele que transporta exames ou informações médicas; é ainda ele que se sujeita a horários de funcionamento, por vezes absurdos, sempre orientados pelos interesses dos serviços.

Em suma, o modelo de saúde do SNS regula-se muito mais em função da burocracia e dos interesses profissionais dominantes do que em função dos seus clientes. E aqui surgem dois novos modelos de regulação alternativos:

- a) o modelo baseado no mercado, inexistente no âmbito do SNS e que, a ser implementado, permitiria, segundo alguns, fazer aproximar a oferta e a procura de serviços de saúde para níveis mutuamente satisfatórios.
- b) o modelo democrático, em que cada cidadão possui o direito e tem a responsabilidade de influenciar directamente as principais opções em matéria de saúde e poder intervir sistematicamente na forma como se operacionaliza a prestação de cuidados.

3.3. Fomentar e tornar imperativo o princípio da responsabilidade na prestação de cuidados de Saúde e na sua utilização, designadamente nas vertentes da ética, da deontologia, da adequação, da qualidade e da eficiência.

A questão da **responsabilidade** consubstancia um dos pontos mais críticos do nosso modelo de prestação de cuidados de Saúde, para o qual contribui decisivamente a falta de elementos de avaliação minimamente objectivos.

Num Sistema de Saúde podemos distribuir as responsabilidades, no essencial, por quatro níveis diferentes:

- o **nível político**, em que se determinam as regras fundamentais de organização e funcionamento do sistema e se avalia o seu desempenho global;
- o **nível da gestão das organizações e dos serviços**, em que se responde pelo desempenho eficaz e eficiente dos recursos tendo em vista resultados desejados ou esperados;
- o **nível da prestação directa de cuidados**, em que a responsabilidade tem particularmente a ver com a correcção técnico-científica dos cuidados de natureza clínica, a relação que se estabelece com doentes e familiares e as condições de acolhimento e de hotelaria disponíveis.
- o **nível dos utilizadores**, em que a responsabilidade tem a ver, essencialmente, com a forma apropriada e oportuna como se utilizam certos serviços e não outros, o rigor com que se cumprem prescrições terapêuticas e, mais remotamente, os estilos de vida mais ou menos saudáveis que se adoptam.

Como se vê, o princípio da responsabilidade invade a esfera de atribuições de todos os protagonistas, abrangendo a oferta e a procura de cuidados de saúde.

Deixemos de lado a responsabilidade dos políticos, em princípio, eficazmente avaliada pelos eleitores em regimes democráticos, e situemo-nos nos outros três níveis de responsabilidade:

- a gestão das entidades públicas que prestam cuidados de saúde (Centros de Saúde e Hospitais, designadamente) realiza-se sem critérios adequados de avaliação do desempenho dos respectivos dirigentes. Os sistemas de informação para a gestão em uso são incipientes, desajustados e não permitem avaliações objectivas.

Mas o mais importante é o próprio quadro de responsabilidades em que se movem os gestores. Espartilhados por modelos jurídicos que os limitam fortemente nas suas decisões (designadamente em matéria de investimentos, aquisições e recursos humanos), vêm-se, por outro lado, confrontados com indicadores perversos de desempenho que privilegiam a análise dos meios e têm muitas dificuldades em penetrar na avaliação de resultados;

- ora, a orientação pelos resultados (intermédios e finais) pressupõe informações fidedignas, organizadas e oportunas sobre o desempenho dos diferentes prestadores, tentando aferir a qualidade técnico-científica dos actos, a racionalidade na utilização dos meios e, sobretudo, a efectividade das terapêuticas.

Noutra perspectiva, importará também saber o modo como os utilizadores são informados e acolhidos, os tempos de espera e de resposta, a comodidade das instalações e as relações humanas estabelecidas.

Todo este conjunto de dados constitui informação preciosa, indispensável para se avaliar se as finalidades do Sistema de Saúde estão a cumprir-se e em que medida o contributo dos diferentes agentes corresponde ao esperado em termos de qualidade e produtividade. É aqui que, no essencial, se atinge o princípio da responsabilidade.

Em Portugal, assiste-se a um divórcio antigo entre a prestação de cuidados e a avaliação de procedimentos e de resultados, quer em termos técnicos quer em termos económicos.

A formação médica, quer nos seus “currícula” académicos, quer nos “internatos” subsequentes e na formação pós-graduada, raramente contempla as matérias de gestão e da economia da saúde.

Questões hoje importantes no exercício da medicina, como a tendência para a uniformização de procedimentos com base na sua fundamentação científica, em certas patologias, as análises custo-benefício ou custo-oportunidade dos diferentes modelos terapêuticos, a racionalidade na prescrição de medicamentos e de exames complementares, a revisão de utilização das estadias em regime de internamento, as análises de rendimento dos prestadores e dos serviços, os

orçamentos clínicos, etc, estão praticamente arredados dos nossos modelos organizacionais e de prestação de cuidados de saúde.

Nestas circunstâncias, não é possível configurar responsabilidades nem atribuí-las aos diferentes níveis. Em sua substituição, as análises dos desempenhos assentam em valores quantitativos de produção, pouco seguros e manifestamente incipientes, e em critérios orçamentais ultrapassados. O conteúdo exacto dessa produção é, no essencial, desconhecido pelos diferentes níveis de responsabilidade, desde a direcção dos serviços, às administrações e à tutela. Ou seja, a qualidade, oportunidade e racionalidade dos actos praticados escapa ao conhecimento dos diferentes níveis de responsabilidade;

- nesta perspectiva, o utilizador de cuidados de saúde acaba, assim, não só por ter uma informação insuficiente ou até inexistente sobre os procedimentos de que foi ou será objecto, como, em situações insatisfatórias, tem que ficar à mercê de tramitações jurídicas e burocráticas morosas e complexas, na maior parte das vezes sem direito a qualquer tipo de reparação moral ou material.

Será, em parte, por esta falta de informação e de confiança, que os utentes demonstram também pouca disciplina e racionalidade na procura de cuidados: a auto-medicação, o uso excessivo de serviços de urgência, a credibilidade que atribuem a serviços que lhes facultam uma vasta gama de meios complementares de diagnóstico, ou a consideração que atribuem a prestadores que lhes prescrevem muitos medicamentos, são manifestações de ignorância e de insegurança, com repercussões negativas no modo de prestação de cuidados, na sua qualidade e na racional utilização dos recursos.

É óbvio que este estado de coisas é profundamente agravado pelas dificuldades de acesso (ou de acompanhamento) a um médico assistente que informe e aconselhe sobre a melhor conduta ou o melhor percurso a adoptar.

Pensamos, assim, que o comportamento aparentemente desregrado dos cidadãos portugueses na forma como utilizam os cuidados de saúde radica, essencialmente, em razões que se posicionam do lado da oferta e designadamente as seguintes:

- a) difícil acessibilidade a prestadores ou a serviços adequados
- b) descontinuidade dos cuidados de saúde
- c) deficiente inter-relação pessoal com os técnicos de saúde
- d) ausência de regras adequadas em matéria de recepção e atendimento (informação, pontualidade, personalização, orientação, etc.)

3.4. Fazer evoluir gradualmente o Sistema de Saúde Português para um modelo global de cuidados racionalizados, centrado no médico assistente, privilegiando

uma intervenção precoce e garantindo a integração e continuidade dos cuidados.

Das análises que vimos fazendo resultam, de forma evidente, frequentes situações de irracionalidade na oferta e na utilização de serviços de saúde em Portugal, de que resumidamente destacaremos:

- modelo eminentemente curativo
- desvirtuamento da prática do médico de família, como médico-assistente
- massificação crescente do atendimento e conseqüente despersonalização dos doentes;
- consumo irracional de cuidados de saúde;
- peso excessivo atribuído ao hospital (hospitalocentrismo) como o único modelo de finalidade curativa;
- descontinuidade de cuidados;
- grande desequilíbrio na distribuição dos tempos de trabalho médico no SNS, com elevada intensidade de trabalho e concentração de doentes nos períodos da manhã e um reduzido número de horas de trabalho e poucos doentes nos períodos da tarde;
- propensão ao consumo excessivo de cuidados de saúde, provocada pela existência de cidadãos abrangidos simultaneamente por vários subsistemas de protecção na doença, que podem, de acordo com alguns regimes, utilizar sem grande controlo⁴³;
- ausência de mecanismos de avaliação económica e de garantia da qualidade.

3.5. Concentrar recursos para ampliar a criação de alternativas técnica e humanamente adequadas para os doentes de evolução prolongada e em particular para os idosos.

Os problemas específicos que se colocam na abordagem dos doentes de evolução prolongada e particularmente dos idosos não têm sido devidamente equacionados entre nós. E sabe-se que, por um lado, o número de deficientes graves por acidentes de viação tem aumentado entre nós, bem como, por outro lado, o contingente da população acima dos 75 anos de idade⁴⁴.

O SNS não tem apresentado soluções consistentes para nenhum destes problemas: os centros de reabilitação são escassos e insuficientemente dotados de recursos humanos especializados; o acolhimento e tratamento dos idosos é um problema muitas vezes resolvido pelas famílias com o recurso a entidades privadas (com ou sem fins lucrativos) e sem grandes garantias de humanização e qualidade.

⁴³ Este incentivo ao consumo de cuidados de saúde é agravado em regimes de reembolso e também pela existência de benefícios fiscais em sede de IRS.

⁴⁴ Cf. Anexo IX "Opções para um Debate Nacional"

Na realidade, esta questão fere ostensivamente o direito à saúde consagrado na Lei Fundamental e, especificamente, o princípio da universalidade e da generalidade na cobertura de cuidados de saúde, como já desenvolvidamente referimos no momento próprio.

Estes segmentos de utentes dos serviços de saúde são, a par dos doentes mentais, os mais frágeis e geralmente mais desprotegidos, pela sua condição física e psicológica e pelo ostracismo social a que estão mais facilmente sujeitos.

Nalguns países europeus estas questões são de tal forma evidenciadas que fazem saltar este tipo de doentes para as primeiras prioridades, num modelo solidário de financiamento dos cuidados de saúde considerados essenciais⁴⁵.

4. AS RESPOSTAS POSSÍVEIS PARA O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O Sistema de Saúde Português enfrenta desafios importantes.

As soluções para os problemas só teoricamente poderão ser fáceis.

A realidade envolve forças em presença com interesses mais ou menos poderosos e que ancestralmente se foram cristalizando nos nossos hábitos e na nossa cultura.

Por outro lado, não há boas soluções, quando uma ou mais das partes interessadas se sentem fortemente atingidas nos seus valores, na sua prática ou no seu estatuto.

Por isso, as medidas ou os cenários alternativos que formos apresentando, deverão sempre ser equacionados à luz desses condicionamentos e, como tal, vistos como integrados num processo de evolução, necessariamente lento, incrementalista e, sempre que possível, objecto de experimentação.

Também não se nos afigura adequado apresentar soluções específicas para cada um dos objectivos antes enunciados. As medidas ou instrumentos que se perfilam não têm apenas efeitos confinados a cada um deles. Potenciam necessariamente efeitos sinérgicos, inseparáveis e que mutuamente se complementam e fortalecem no seu impacte sobre o Sistema de Saúde.

Assim, referiremos uma série de cenários alternativos de acordo com grandes áreas temáticas:

- a) Organização do Sistema
- b) Financiamento
- c) Gestão dos Recursos

⁴⁵ Cf. a proposta holandesa para a reforma da Saúde *in Choices in Health Care*, já citado.

4.1. A organização do Sistema de Saúde

4.1.1. A importância estratégica dos valores potenciados pelo SNS

O SNS contém virtualidades, no essencial, respeitáveis: uma oferta pública de serviços de saúde, de acesso tendencialmente gratuito e financiada por um seguro público obrigatório com base nos rendimentos.

Já vimos que tal modelo vem sendo desvirtuado na prática e, por isso, os níveis de efectividade, eficiência e qualidade dos cuidados prestados deixam insatisfeito um número maioritário de cidadãos (6).

Mas há realidades incontornáveis que necessariamente se irão manter, pelo menos, a médio prazo. A natureza pública da oferta de serviços de saúde — Centros de Saúde e essencialmente os Hospitais — não é facilmente transferível para entidades privadas nem se vislumbram empresas na área da Saúde, em Portugal, capazes de ocupar, de forma substancial, o espaço ocupado pelo Estado⁴⁶.

Portanto, em termos organizacionais, o Estado continuará, através do SNS, a desempenhar o papel mais importante na prestação de cuidados de saúde, quer pela propriedade dos principais meios de produção, quer pela capacidade de produção de cuidados.

Não é sensato, nem este Conselho considera curial, a admissão de um cenário de mudança radical em que a iniciativa privada se substitui ao Estado, na propriedade dos meios e/ou na exploração das unidades de saúde pré-existentes.

Isso não significa que seja impossível introduzir no SNS reformas importantes na sua estrutura e no seu funcionamento. Pelo contrário, o SNS necessita, com urgência, que se encare o seu futuro de forma global, estrategicamente coerente, no sentido de o transformar num modelo adaptado às necessidades e às expectativas dos portugueses e que dê satisfação aos profissionais.

A atitude conservadora e preconceituosa de algumas análises, a introdução de medidas avulsas, nos cuidados primários ou nos hospitais, no controlo de medicamentos ou nas remunerações, dificultam, como é óbvio, uma análise global dos problemas e podem contribuir para que, no essencial, tudo continue na mesma.

4.1.2. A reorganização dos Cuidados de Saúde Primários

⁴⁶ A participação da oferta privada de cuidados de saúde no Sistema de Saúde Português, ao qual, indubitavelmente, pertencem, é impossível de quantificar, no presente, não só quanto à prática em ambulatório ou em internamento em estabelecimentos privados (Clínicas, Ordens, Institutos, etc.), como quanto aos valores financeiros envolvidos. A Ordem dos Médicos, que tem efectiva jurisdição na área das prestações em regime privado, poderá completar este relatório na parte correspondente à importância estratégica do exercício privado.

Os cuidados de saúde primários estão fortemente ligados entre nós, à noção de Centro de Saúde.

Estrutura física polivalente, de dimensões apreciáveis e, nas versões mais modernas, localizada por vezes fora dos centros habitacionais, concentra no seu interior um elevado número de médicos, enfermeiros e outros profissionais, num processo de produção de cuidados pouco consentâneo com a personalização, conforto, proximidade e privacidade que se deveria exigir.

Pensamos, assim, que devem ser criadas formas de prestação alternativas que passam pela adopção das seguintes medidas:

- a) Encorajar o exercício da actividade dos clínicos gerais sob responsabilidade individual ou organizados em pequenos grupos (máximo 5), em consultórios próprios a instalar na comunidade, segundo normas de qualidade a definir pelo SNS e garantidas por auditorias externas.

Os investimentos inerentes ao início da actividade poderão ser substancialmente realizados pelo SNS

- b) Criar condições para o efectivo exercício da clínica geral, através das seguintes alterações:
 - as remunerações dos clínicos gerais deverão ser de base capitolacional em função do número de utentes inscritos na sua lista para um máximo de 2.000. Para o valor da capitação costumam ser ponderados múltiplos factores entre os quais se destacam, a densidade populacional, a proximidade de hospitais, a idade, o sexo, os padrões de morbilidade e as características habitacionais;
 - deverão, adicionalmente, considerar-se incentivos de diferente natureza, para aproximar o perfil do clínico geral do que se considera ser mais adequado e garantir um melhor grau de satisfação profissional. Tais incentivos deverão combinar elementos remuneratórios, com formas que estimulem o exercício técnico-profissional, como sejam, a formação em serviço, a troca de experiências, as condições para o estudo e investigação, etc.⁴⁷;

⁴⁷ Estão neste caso a qualidade e a personalização das instalações, a facilidade e a rapidez de comunicação com os doentes, os colegas e os hospitais, o acesso fácil e rápido aos meios complementares de diagnóstico e, sobretudo, um estilo de actuação que permita a discussão e o estudo detalhado de casos clínicos com outros médicos, a realização de trabalhos de investigação epidemiológica e clínica, e as reuniões de grupo com colegas mais diferenciados ou com especialistas. (Nada disto se refere à participação em congressos ou jornadas, cujas regras deveriam ser objecto de revisão, mas sim àquilo a que chamamos a prática diária e a "formação em exercício").

O isolamento actual dos clínicos gerais no seu dia-a-dia, a ausência de bibliotecas científicas nos Centros de Saúde e a falta de estímulos inerentes à formação médica contínua, são factores negativos que têm um efeito nocivo sobre uma actividade que, em si própria, contém aspectos rotineiros e pouco estimulantes que, com o tempo geram cansaço e desinteresse. É necessário lutar activamente contra esta terrível desvantagem da Clínica Geral, criando polos de interesse técnico-profissional e prestigiando uma área que deve tornar-se respeitada e credível junto da opinião pública.

- cada clínico geral poderá, eventualmente, trabalhar com base num crédito anual para medicamentos, de natureza indicativa a introduzir de forma progressiva e negociada;
- introdução de mecanismos efectivos de avaliação externa da qualidade do trabalho da clínica geral, a realizar por equipas multidisciplinares e que incluam consultores de Clínica Geral.

Essa actividade deverá ser desenvolvida em três planos: revisão de casos; acompanhamento de consultas; contactos directos com os utentes.

c) Tornar efectivo o princípio da liberdade de escolha do médico assistente, dentro de condições pré-determinadas e de que se destacam:

- os utentes poderão livremente escolher o seu médico de família ou médico assistente, independentemente do seu local de residência;
- os utentes poderão ter possibilidade de mudar de médico de família com facilidade, devendo, no entanto, ser estabelecidas algumas regras que impeçam a mobilidade excessiva;
- os clínicos gerais só por excepção poderão rejeitar a inscrição de novos utentes até ao limite máximo acima referido. Poderão, todavia, suspender a assistência a utentes já inscritos, expôr as suas razões a uma Comissão de Avaliação mista e independente, a criar no âmbito do SNS, e aguardar a respectiva decisão.

d) O conceito de clínico geral como médico assistente do doente pressupõe a utilização racional dos cuidados de saúde que passa por duas questões essenciais atribuíveis ao clínico geral/médico de família: a confiança e a orientação.

O clínico geral deve, em caso de necessidade, orientar os seus doentes para outros níveis de cuidados. Só desta forma se evita o excesso de ansiedade dos utentes, a procura desregrada de cuidados de saúde e a repetição desnecessária de actos médicos. Nesse sentido propõe-se:

- o acesso a consultas de especialidade, em hospitais ou nouro tipo de estruturas, deve ser sempre clinicamente fundamentado;
- da mesma forma, a procura de serviços de urgência, desde que na sequência de uma Consulta do médico assistente, deverá ser por este prontamente referenciada e acompanhada por justificação clínica circunstanciada;
- a marcação de consultas e exames complementares competirá sempre ao clínico geral, de acordo com os protocolos de afiliação que tenha estabelecido e, dentro do possível, facultando ao doente as hipóteses de escolha. Será também da

responsabilidade do médico assistente o envio de relatórios ou exames pré-existentes que se afigurem necessários.

- os serviços hospitalares ou os especialistas deverão, por sua vez, enviar ao médico assistente relatório circunstanciado da primeira consulta, bem assim como o plano de intervenções que se irá seguir, nos casos aplicáveis. Da evolução deste deverá dar periodicamente conta ao médico assistente.

A mudança significativa que se propõe para o papel do clínico geral, tornando-o directamente responsável pela manutenção da saúde dos seus aderentes, numa relação eminentemente individual e comunitária e não institucional, coloca-nos, no entanto, algumas questões novas, em termos de organização, da sua formação e da avaliação e garantia da qualidade do seu desempenho:

A noção pluridisciplinar de cuidados primários, aparentemente contrariada pela desinstitucionalização proposta, deve, no entanto, manter-se, ainda que apresentando formas mais flexíveis e personalizadas. Alguns Centros de Saúde poderão manter núcleos de prestadores diversificados, designadamente nas áreas da saúde pública, enfermagem e alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Funcionarão em rede com os clínicos gerais, que para lá encaminharão alguns dos seus inscritos quando necessário (vacinação, reabilitação, puericultura, alguns tratamentos e exames, etc.) ou solicitarão o trabalho domiciliário de enfermagem ou de outros técnicos.

Pretende-se assim, afastar do hospital todo o conjunto de actividades clínicas de primeira instância, sediando-as em pequenos estabelecimentos "multiusos", mas em que o acesso é, sempre, por indicação do médico de família ou médico assistente, numa lógica de referência, racionalidade e personalização.

Os técnicos de saúde incluídos nessas equipas de cuidados primários (médicos de saúde pública, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, etc) deverão ser remunerados numa base salarial com incentivos à rapidez no atendimento, qualidade dos cuidados e visitação domiciliária;

A formação dos clínicos gerais é uma questão essencial para que o modelo proposto tenha sucesso. Até agora, o seu perfil e a sua formação têm sofrido da entropia provocada pelo seu acantonamento nos Centros de Saúde, sem uma prévia e sólida aprendizagem da semiologia e da patologia médica (7).

Há uma valorização exagerada da prevenção e da promoção da Saúde, num processo retóricamente ineficaz e em detrimento da medicina curativa.

Verifica-se uma excessiva burocratização e funcionalização dos clínicos gerais sujeitos a horários, mas desobrigados de assumir em pleno a assistência médica dos seus doentes e a conquista e alargamento da sua clientela.

Os clínicos gerais, para além de deverem receber uma formação especial em certas disciplinas, como a epidemiologia e a medicina social, deverão estar preparados para diagnosticar e tratar as doenças que aparecem na comunidade e possuírem uma noção exacta do nível a partir do qual deverão recorrer à colaboração de especialistas ou de serviços hospitalares;

A qualidade dos cuidados primários é indispensável, pois só assim se garantirá aos cidadãos portugueses, um acompanhamento adequado e oportuno da sua saúde e o encaminhamento rápido e informado para cuidados de especialidade ou exames complementares, nas situações tecnicamente recomendáveis.

A qualidade deve, assim, ser objecto de reconhecimento externo, já que, desse modo, se proporcionam escolhas informadas aos cidadãos e se avalia o desempenho objectivo dos clínicos gerais.

Restam-nos ainda duas questões importantes quanto aos cuidados primários:

- a existência de assimetrias regionais na distribuição de recursos, faz com que se devam aceitar naturalmente diferentes perfis para o exercício da clínica geral e, ainda, a existência, nas zonas do país em que isso seja possível, de três tipos de “generalistas”: o clínico geral do adolescente e do adulto, o pediatra geral e o ginecologista-obstetra geral.

Parecem-nos óbvios os argumentos que aconselham este tipo de solução. A vigilância das crianças e a das mulheres em fase reprodutiva, deverá ser feita em unidades de apoio materno-infantil e em grande parte entregues a enfermeiros especialistas em enfermagem materno-infantil. Aos pediatras e ginecologistas-obstetras competirá fazer exames periódicos a definir por protocolos consensuais, e prestar assistência nas situações patológicas que exijam intervenção do médico. Terá que ser assim, porque, pelo menos nas áreas urbanas, parece óbvio que os pais de um recém-nascido que apresenta sinais de doença, ou a grávida que, subitamente, detecta sinais anormais relacionados com o seu processo de gestação, procure o técnico que considera com competência para lhe resolver o problema: o pediatra e o obstetra, mas não o clínico geral. Acontece que, como actualmente, os Centros de Saúde não dispõem daqueles dois especialistas, acabam por recorrer ao serviço de urgência mais próximo. É esta uma das razões fundamentais do congestionamento dos serviços de urgência de Pediatria (7).

- a prestação de cuidados dentários, área não coberta no âmbito do SNS, deverá merecer uma atenção especial, designadamente na vertente preventiva.

Assim, propomos que a Saúde Oral passe a estar incluída nos cuidados necessários para todos os portugueses (crianças, adolescentes e adultos).

Para o efeito, deverá a entidade financiadora contratualizar estomatologistas, também em regime de capitação, e todos os cidadãos deverão ver garantido o acesso gratuito a duas consultas por ano. Nos casos em que se registem tratamentos e/ou um número superior de consultas, o utente deverá ficar sujeito a regimes de co-pagamento, de acordo com preços devidamente controlados pelo SNS.

Pretendemos, em síntese, desinstitucionalizar os cuidados de saúde primários, orientá-los para a manutenção da saúde, flexibilizar os modos de intervenção e garantir a proximidade entre o utente e o seu médico-assistente ou de família, na perspectiva do que se considera serem os objectivos primários da Medicina no futuro imediato (8).

Reconhecemos que este modelo pressupõe novos mecanismos de controlo que forneçam informação rápida e oportuna sobre desempenhos e garantam a qualidade das prestações.

O Estado, como garante da Saúde da população, deverá assegurar, através de organismos autónomos que, no entanto, deve supervisionar, a existência e o cumprimento de regras básicas na prática da clínica geral, designadamente na área da formação técnica, da rentabilidade na utilização dos recursos face aos ganhos de saúde esperados e na cobertura equitativa da população.

4.1.3. A Gestão dos Hospitais Públicos

A — OS PROBLEMAS

As despesas hospitalares são superiores a metade das despesas totais do SNS (9). E, no espírito dos cidadãos, representam a imagem mais visível do Sistema de Saúde.

A complexidade das estruturas físicas e organizacionais, associada ao peso naturalmente elevado das despesas com pessoal (acima dos 50%) e com produtos farmacêuticos (cerca de 12%), faz com que a sua gestão seja encarada com particular atenção, na busca de factores que incrementem a racionalização de despesas, promovam economias de escala e garantam a qualidade das suas prestações.

1. A envolvente externa

O Hospital público português é, no entanto, fortemente influenciado por uma dinâmica externa que o constrange e lhe limita a correcta gestão dos seus recursos:

- a) a insuficiência dos cuidados de saúde primários faz com que o Hospital se transforme numa unidade polivalente que, de forma transversal, presta todo o tipo de cuidados (primários, secundários, terciários, de reabilitação e de evolução prolongada, etc);

- b) o seu modelo de financiamento é inadequado (como já vimos) e sujeito a flutuações significativas de acordo com o poder discricionário de quem decide;
- c) o seu estatuto jurídico é burocrático, mostrando hoje sinais claros de inadaptação face à necessidade de decisões rápidas, flexíveis, racionais e orientadas para o “cliente”;
- d) os recursos humanos têm um estatuto desincentivador, injusto e carreirista e a sua gestão é, no essencial, externa à actividade hospitalar;
- e) a acumulação do exercício hospitalar com a actividade privada dificulta a utilização plena das suas estruturas e dos seus equipamentos, pode fazer aumentar as listas de espera e não permite a realização de economias de escala. Noutra perspectiva, a acumulação de funções, mesmo no serviço público (enfermeiros, técnicos de diagnóstico, etc.) pode contribuir para a diminuição da qualidade dos cuidados.
- f) o empolamento dos serviços de urgência hospitalares, provocado essencialmente por razões exógenas à sua gestão e, designadamente, pelas que derivam das circunstâncias referidas na alínea a) e e), fazem aumentar significativamente os seus custos de exploração, de forma pouco racional e sem benefícios correspondentes.

2. A sua dinâmica interna

Complementarmente, a estrutura interna do hospital público português sofre também de constrangimentos vários ao nível da sua organização e do seu funcionamento. Destacaremos, essencialmente, os seguintes:

- a) à constituição dos seus órgãos de administração presidem simultaneamente critérios políticos e corporativos onde a componente profissional da gestão está objectivamente desvalorizada;
- b) a direcção técnica dos serviços de acção médica é por vezes exercida por profissionais com pouca disponibilidade, sem conhecimentos suficientes de gestão e nem sempre com perfil de liderança;
- c) a sua estrutura produtiva não permite a utilização flexível dos recursos, uma vez que os serviços são geridos como territórios autónomos e por vezes rivais;
- d) o processo de produção de cuidados desenvolve-se, essencialmente, segundo uma lógica voluntarista, individual e pouco uniforme, divorciada de um quadro basilar de regras de disciplina e racionalidade económica;

e) como corolário, verifica-se a ausência de mecanismos de avaliação das actividades desenvolvidas, não estando, portanto, garantida, de forma objectiva, a qualidade dos cuidados prestados.

Todavia, não podemos deixar de reafirmar que o Hospital público português se tem modernizado: nas suas estruturas (novas unidades e reabilitações constantes de instalações envelhecidas); nos seus equipamentos (a incorporação de novas tecnologias vem acompanhando, ainda que com algum atraso, o ritmo das inovações científicas registadas), e na ampliação e qualificação dos seus quadros (novos especialistas na área médica e de enfermagem, a incorporação de novas profissões, na área da biotecnologia e medicina nuclear, por exemplo, a absorção de novos técnicos nas áreas do diagnóstico e da terapêutica, o incremento do nível habilitacional dos enfermeiros e de todos os técnicos em geral).

Por outro lado, temos assistido, na última década, ao aumento significativo de modalidades de “outsourcing”, ou seja, a entrega a entidades externas, mediante contrato, de vários tipos de prestações, outrora directamente realizadas por serviços hospitalares próprios: higiene e limpeza, alimentação, tratamento de roupa, segurança, tratamento de resíduos, transporte de doentes, manutenção de equipamentos, e a própria prestação interna de cuidados nalguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica (10). A importância financeira destas modalidades de prestação, corresponde hoje a cerca de 18% das despesas correntes dos hospitais públicos portugueses, num processo de crescimento evidente (só de 1994 para 1995 o aumento registado cifrou-se em mais de 20%) (9).

Tal evolução é reveladora das ineficiências e da falta de qualidade do modelo burocrático, já que os resultados destas modalidades de prestação têm sido reconhecidos como francamente positivos.

Reservar para a prestação directamente realizada por agentes públicos, apenas, o “core business” da actividade hospitalar, isto é, os cuidados médicos e de enfermagem (cuidados directos), parece ser, assim, uma tendência que se vem generalizando, traz benefícios em matéria de qualidade e diminui desperdícios.

Já a entrega da exploração global de um hospital a uma entidade gestora e prestadora, externa ao SNS, como forma de ultrapassar os constrangimentos da Administração Pública, parece ser uma solução pouco estudada e cuja eficácia ainda se desconhece:

não se elaboraram estudos económicos e financeiros suficientemente demonstrativos das vantagens dessa solução em termos de custo-efectividade e custo-oportunidade;

só temos, entre nós, uma experiência desse género, ainda inconclusivamente avaliada;

a envolvente externa ao hospital público português, e, designadamente, as fragilidades estruturais que se colocam a montante e a jusante da respectiva fileira de produção, diminuem substancialmente as potencialidades de sucesso dessas experiências, em termos de personalização de cuidados, tempos de espera e capacidade de resposta, tendo em atenção o peso excessivo dos serviços de urgência e uma procura maioritariamente inadequada.

3. As modalidades de prestação

Quanto aos tipos de cuidados prestados, o hospital português não tem apresentado sinais positivos de evolução. As suas principais formas de prestação são o internamento, a consulta externa e a urgência. E esta representa, como já vimos concretamente através dos números apresentados no relatório preliminar, a principal porta de acesso aos serviços hospitalares.

No caso português, não são visíveis, ainda, novas formas de prestação que, no essencial, se destinariam a substituir a vertente do internamento clássico por modalidades ambulatoriais e de internamento curto ou parcial. Estas novas modalidades concorrem para uma maior eficiência técnica e distributiva, já que, com os mesmos recursos, se prestam cuidados mais económicos e a um número superior de pessoas.

Tal, só é possível face à evolução científica e tecnológica e às possibilidades da utilização de procedimentos mais rápidos e rigorosos, e menos invasivos e incómodos para o doente.

Assim, a organização dos serviços hospitalares contempla hoje, em muitos países, “unidades de dia”, “cirurgia ambulatoria” ou de um dia, internamento parcial, (apenas durante o dia ou durante a noite). Também, nalgumas áreas de grande progresso técnico, tem sido encarada a individualização física de unidades especializadas.

Noutra perspectiva, o desenvolvimento de formas hospitalares de apoio domiciliário (hospitalização domiciliária, acompanhamento de altas precoces no domicílio, colaboração com os sectores de cuidados de evolução prolongada, etc) têm também contribuído para diversificar a actividade hospitalar, esbater a sua imagem fortemente institucional e integrá-la na comunidade.

Os hospitais portugueses começam agora a dar os primeiros passos nestas novas modalidades de prestação. Registe-se, a este propósito, o estímulo, embora pequeno, que tem sido dado por algumas ARS para o desenvolvimento dos cuidados hospitalares em regime ambulatorio. Pelo contrário, as modalidades de pagamento prospectivo que se perfilam não incorporam ainda indicadores suficientemente

credíveis para medir esse tipo de actividade, o que inibe legitimamente a vontade das administrações em incentivá-los.

B — AS SOLUÇÕES

Dos problemas enunciados parece evidente que o bom funcionamento dos Hospitais resulta, não só, da sua organização interna, mas essencialmente da sua envolvente externa.

Parece-nos também inexorável que o actual estatuto jurídico do hospital⁴⁸ — de administração indirecta do Estado com base nas regras da administração pública — tem que evoluir para um modelo que, no essencial, promova os seguintes princípios de gestão:

- a viabilidade económico-financeira da instituição deverá obedecer a mecanismos regulados de concorrência, norteados pela qualidade e pelo preço;
- a responsabilidade dos gestores e de toda a hierarquia técnica deve estar claramente definida, ser assumida sem subterfugios e sujeita a todas as consequências;
- os contratos de prestação devem definir concretamente quais os mecanismos de controlo de gestão externa que irão vigorar, designadamente quanto à qualidade das prestações e dos resultados obtidos;
- os mecanismos de gestão de recursos humanos e de aquisições de bens e serviços devem ser simples, eficazes, flexíveis e autónomos.

Se o quadro de actuação do hospital público português se aproximar das condicionantes que acabamos de referir, acreditaremos, então, na eficácia de soluções tomadas ao nível da sua estrutura interna e do seu funcionamento.

Nesta medida, passaremos a enunciar algumas alterações indispensáveis a implementar, se e quando os hospitais puderem actuar segundo os parâmetros acabados de referir:

1. Na gestão dos hospitais deverá ser reforçada a sua profissionalização, a sua independência política e diminuída a sua vertente corporativa;
2. os órgãos de direcção técnica (eventualmente alargada a outras áreas para além da medicina e da enfermagem) devem estar separados dos órgãos de administração e ter uma natureza colegial e a autonomia necessária para o exercício de competências específicas;

⁴⁸ Ver, a propósito, o Relatório Final apresentado pelo Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico dos Hospitais (11).

3. a estrutura dos serviços hospitalares na área da acção médica deve ser tendencialmente mais abrangente, associando-se em universos mais extensos de especialidades e/ou sub-especialidades;
4. a gestão deve estar próxima dos níveis operacionais pelo que se deve adoptar, sempre que a dimensão das organizações assim o justifique, mecanismos de descentralização de responsabilidades que contemplem a gestão dos custos e dos resultados (centros de responsabilidade); **(12)**;
5. a Administração de cada hospital deve ter instrumentos suficientes para definir uma política de recursos humanos que, estabeleça dotações, adopte perfis próprios na selecção de candidatos, crie formas de progressão e incentivos à produtividade. Neste contexto, e tendo em conta um financiamento prospectivo ancorado na produção e não nos recursos, deverá encarar-se, a prazo, a abolição de quadros de pessoal por hospital, competindo a cada estabelecimento, em cada momento, adaptar os seus recursos humanos às suas necessidades, sempre, como é óbvio, sem prejuízo dos direitos adquiridos pelos actuais funcionários;
6. os directores de serviços de acção médica, deverão estar em condições de assegurar a efectiva liderança dos serviços, a disciplina técnica indispensável e a qualidade, e sujeitos a avaliação periódica;
7. os hospitais públicos deverão ter em funcionamento protocolos de revisão de utilização e de avaliação da qualidade, susceptíveis de monitorização e apreciação externa, como forma de garantir a pertinência e a qualidade das suas prestações;
8. deverão ser reforçados mecanismos tendentes ao cumprimento efectivo de um formulário terapêutico por hospital, que deverá ser anualmente actualizado. Os produtos farmacêuticos, novos ou muito dispendiosos, deverão ser objecto de recomendações quanto à sua prescrição e sujeitos a um processo de autorização, com base na demonstração empírica da sua efectividade, e sempre que possível, da sua eficiência.

4.1.4. A introdução de regras de mercado no âmbito do SNS

Um dos pontos críticos do SNS é a sua característica monolítica, mimetizando, de forma pouco perceptível para os diferentes agentes, as funções de financiamento e de prestação. É um modelo integrado, em que o cidadão não tem liberdade de escolha e os prestadores não sofrem qualquer tipo de pressão para produzir mais e melhor.

É possível alterar esta situação sem pôr em causa os princípios orientadores do SNS. Apenas para citar o exemplo recorrente similar ao nosso, o Reino Unido iniciou esse

percurso há cerca de 10 anos com resultados positivos (13). De então para cá, muitos são os países europeus em que a noção de “internal market” ou “quasi market” vem assumindo papel preponderante nas agendas dos políticos (Suécia, Espanha, Itália, Finlândia e muitos países do Leste Europeu).

Acreditamos que também em Portugal, ainda que a prazo que esperamos não seja longo, possamos introduzir, com benefícios evidentes, regras de “mercado interno” no interior do SNS.

No essencial, para que isso se efective, torna-se necessário:

1. Separar as entidades que financiam daquelas que prestam os cuidados de saúde;
2. Estabelecer o princípio de compra e venda de cuidados de saúde entre as primeiras e as segundas (modelo contratual), à volta de critérios de necessidade, efectividade, qualidade e preço;
3. Fomentar uma competição entre agentes prestadores, regulada por aqueles critérios e controlada pelas autoridades que dirigem o SNS;
4. Facilitar aos cidadãos o acesso, em regime de escolhas condicionadas pelo seu médico-assistente, a serviços hospitalares alternativos, abdicando do conceito de área de influência;
5. Descentralizar até ao nível subregional a capacidade de decisão das entidades financiadoras do SNS (os “fund-holders”) sobre os critérios de compra de cuidados de saúde enunciados em 2;
6. Dotar os hospitais de autonomia técnica, administrativa, financeira e patrimonial, libertando-os dos constrangimentos da administração pública, designadamente em matéria de pessoal, aquisições e orçamentação. (New Public Management) (14)

O mercado, a funcionar nos termos acima descritos, constituir-se-á assim como um mecanismo regulador novo no âmbito do SNS. O dinheiro que corre no interior do sub-sistema público de saúde, deixará de transitar para prestadores individuais ou instituições, só porque eles existem e gastam recursos que têm que ser sustentados através de subsídios do Tesouro. Passará a ser orientado em função do que se produz e não em função do que se consome. A preocupação essencial do financiador será verificar se os gastos efectuados corresponderam a resultados positivos para a Saúde e bem estar das populações (ganhos em saúde) dentro dos compromissos custo-efectividade pré-definidos, e não saber exactamente qual a estrutura de custos da instituição, a forma de pagar aos médicos ou o modo como adquirir novas tecnologias.

A ideia de mercado, como um jogo entre oferta e procura, pressupõe a coordenação de planos e expectativas dos diversos agentes. Neste caso, a procura, mais do que o somatório das “necessidades” ou desejos individuais, constitui-se pela interação entre quem procura e quem oferece. Não pretendemos impedir, antes fomentar, os possíveis dinamismos da economia de mercado. Pensamos, contudo, que pelo menos numa primeira fase, será defensável a aceitação de uma liberdade condicionada e avalizada por entidades financiadoras que assumam um papel disciplinador, representando necessidades tecnicamente avaliadas para toda a população e optando pelo que em cada momento se afigure ser adequado e prioritário.

Neste modelo, o essencial da escolha (aquilo que tem impacte económico e é decisivo para a efectividade e para a qualidade) é decidido pelas entidades financiadoras e não pelos cidadãos individualmente considerados.

Essas entidades financiadoras, até pela sua enorme capacidade financeira, podem ser tentadas a impôr as suas regras aos prestadores, através da apresentação unilateral de tabelas de preços⁴⁹, ou, numa atitude mais aberta, negociar tabelas de preços iguais para todos os prestadores. Nestes casos, a competição far-se-á essencialmente pela qualidade e pela forma (de adesão ou rejeição) como os doentes a reconhecem (informação sobre taxas de insucesso, listas de espera, pontualidade no atendimento, etc).

Noutro cenário, as entidades financiadoras podem aceitar a concorrência também pelos preços. Ou seja, não há a preocupação de uniformizar preços iguais para o mesmo tipo de cuidados. Isso ficará também sujeito ao princípio da concorrência. As desvantagens deste modelo negocial são importantes, já que podemos, desta forma, encorajar a selecção adversa de doentes, escolher hospitais apenas porque são mais baratos e produzem com grandes economias de escala e descurar a qualidade. (dar-se-ia a *macdonalização* do mercado da Saúde segundo Saltman (15).

Para o caso português, propomos um modelo negocial misto:

- que estabeleça, “a priori”, regras básicas de qualidade para que uma entidade concorra à prestação de cuidados de saúde;
- que fomente a criação de entidades independentes para a certificação da qualidade;
- que admita a concorrência pelo preço, de acordo com bandas de variação previamente padronizadas pelos responsáveis do SNS;
- que relativize os candidatos de acordo com os níveis de qualidade já demonstrados e a satisfação dos clientes.

⁴⁹ A hipótese de financiamento por G. D. H., representa exactamente essa metodologia contratual

(ENTRA GRÁFICO 1)

4.2. FINANCIAMENTO

A questão do financiamento da Saúde assume em Portugal particular relevância e é objecto de frequente controvérsia.

Não pomos em causa a sua relevância, o que aliás se deixa por demonstrado face ao desenvolvimento desta matéria ao longo do relatório, mas convirá chamar a atenção para o facto de que a ausência de políticas adequadas ao nível da organização, da definição de prioridades e da gestão de serviços e, também, ao nível da formação e da absorção dos técnicos de saúde, poderá comprometer seriamente o efeito positivo de uma nova política para o financiamento da saúde.

A controvérsia assenta fundamentalmente em torno das seguintes questões:

- a Saúde está subfinanciada ou é um problema de má gestão dos recursos?
- os cidadãos devem contribuir mais directamente para as despesas da Saúde (pagando mais quando estão doentes ou socorrendo-se de seguros privados) ou, pelo contrário, já pagam muito dessa forma e o que há a fazer, é reduzir este veículo de iniquidades?

É para nós evidente que a má gestão dos recursos (sub-utilização, desperdícios, formas anacrónicas de produção, etc.), sobreleva, estrategicamente, eventuais questões de subfinanciamento.

Está internacionalmente demonstrado que o país gasta uma parcela dos seus recursos em Saúde, superior ao esperado, face ao seu posicionamento no “ranking” dos critérios de desenvolvimento (1).

Não está demonstrado, por outro lado, que mais recursos para a Saúde, representariam necessariamente melhor Sistema de Saúde.

Em termos de UPPC⁵⁰ (em USD) para 1993, cada português gastava em saúde em média, apenas 40% do que a média dos cidadãos da Europa Ocidental, mas perto de 75% do que gastava um cidadão do Reino Unido (2). Por sua vez, a despesa per capita no Reino Unido era cerca de metade da verificada para um cidadão suíço. Não há, portanto, uma relação directa entre a despesa de saúde e o tipo e qualidade dos cuidados de saúde de cada país.

É, assim, necessário definir uma política de financiamento para a saúde que contribua para tornar mais eficiente a gestão dos recursos. Ou seja, mais do que criar fontes adicionais ou alternativas de financiamento, as nossas

⁵⁰ UPPC — Unidades Paritárias de Poder de Compra

preocupações devem centrar-se na forma como os recursos são recolhidos e posteriormente distribuídos.

Quanto à segunda questão, é para nós evidente, face a todos os relatórios e recomendações internacionais e a vários estudos realizados entre nós, que o pagamento directo dos cuidados ou o incremento da partilha de custos provoca iniquidades acrescidas, não controla os custos e, no caso português, corresponde, infelizmente já, a uma fatia substancial do financiamento da saúde (cerca de 40% das despesas totais, para menos de 20% no Luxemburgo, Bélgica, Reino Unido, Suécia e Dinamarca e menos de 8% na Noruega) sendo o país da União Europeia que apresenta um esforço privado mais elevado nas despesas da saúde (2).

Torna-se, portanto, indispensável alterar o sistema e fazer funcionar os mecanismos de solidariedade no financiamento da Saúde em Portugal. Criar novas formas de co-pagamento dos cuidados (alargando-as dos medicamentos também para as consultas ou internamento) e aumentar as taxas moderadoras contribuiria, estamos certos, para ampliar a iniquidade hoje já existente no SNS. Como anteriormente referimos, os pagamentos directos são, no contexto nacional, “altamente regressivos” em contraste com outras formas de financiamento (5).

4.2.1. A manutenção de um Seguro Público Obrigatório

Como é sabido, a Saúde é maioritariamente financiada por receitas provenientes do Orçamento do Estado. Estas receitas correspondem a impostos directos e indirectos pagos por todos os cidadãos e agentes económicos individuais ou colectivos.

O financiamento da Saúde é, por isso, em tese, realizado mais por aqueles que apresentam rendimentos mais elevados e beneficia mais os que mais carecem de cuidados de saúde (assente, obviamente, numa justiça fiscal que, entre nós, actualmente, não existe).

Pagar a saúde deverá, pois, depender dos rendimentos que se auferem e não da condição de doente ou do risco de adoecer.

É uma perspectiva socialmente ajustada, pois protege os rendimentos dos mais necessitados e torna o acesso possível a todos os portugueses.

O problema é que, tratando-se de um “seguro implícito”, isto é, que não é exactamente contabilizável nas bolsas das famílias, estas subvalorizam ou mesmo desprezam esses contributos. Por isso é que muitos portugueses continuam a pensar que é através dos seus descontos para a Segurança Social que a Saúde é sustentada, quando isso não corresponde de todo à verdade.

A aparente gratuidade da saúde é, assim, o sentimento generalizado nas famílias portuguesas.

Este sentimento comporta riscos que, no essencial, se traduzem nas atitudes que se tomam quanto se utilizam cuidados saúde:

- baixo nível de exigência nos momentos de utilização e excessiva tolerância perante esperas prolongadas, falta de conforto, atendimento agressivo, etc;
- consumo desregrado de cuidados em determinadas circunstâncias (a procura exagerada de serviços de urgência, a repetição de consultas e de exames, a utilização supérflua de recursos por questões de conforto, etc);
- propensão para aderir a subsistemas complementares de saúde, encarando-se até com naturalidade e satisfação a obrigatoriedade de alguns (ADSE e SAMS, por exemplo).

Este cenário, real no caso português, tem tido consequências nefastas para a qualidade do SNS e tem facilitado o florescimento de subsistemas de saúde e de seguros comerciais, pelas seguintes razões:

- perante uma procura submissa, tolerante e pouco exigente, a oferta pública de cuidados de saúde não se sente pressionada para aperfeiçoar os mecanismos de adaptação às exigências dos consumidores;
- daqui decorre um desfasamento crescente entre as expectativas das pessoas (mais informadas, com mais poder de compra e habituadas a mais conforto) e a capacidade de resposta dos serviços;
- como corolário, e porque não se valoriza o que se paga através de impostos para o SNS, aumenta a propensão das famílias para aderirem a toda a gama de subsistemas de saúde, no pressuposto de que não se trata de um seguro adicional pago para a Saúde, mas sim do primeiro seguro.

Por estas razões, hoje mais de 30% dos portugueses estão abrangidos dupla ou triplamente, por seguros ou subsistemas de saúde, o que, adicionado à possibilidade de usarem também o SNS, lhes confere mais acesso a cuidados de saúde, e conseqüentemente, a um consumo necessariamente pouco racional e tendencialmente desperdiçador de recursos.

O Seguro Público Obrigatório através de impostos tem ainda um outro problema: os orçamentos do SNS vão-se ajustando anualmente a vicissitudes políticas conjunturais, já que os recursos são distribuídos entre diferentes Ministérios e para diferentes finalidades.

O poder político sente-se, assim, tentado a utilizar o financiamento da Saúde, por vezes, em função de interesses menos próprios.

Estas questões retiram a estabilidade necessária aos fluxos financeiros que circulam no interior do SNS, com oscilações frequentes ao longo do ano, de região para região, de localidade para localidade e de tipo de cuidados para tipo de cuidados (cuidados primários *versus* hospitais, por exemplo).

Pensamos que o Seguro Público Obrigatório se deve manter, como instrumento que favorece a universalidade no acesso e a solidariedade no financiamento. Propomos, todavia, uma mudança substancial na forma de recolher e distribuir esses recursos, através das seguintes medidas:

1. Deverá ser criado um Fundo Nacional de Saúde, de inscrição obrigatória para todos os cidadãos. Os prémios de seguro a pagar serão determinados em função dos rendimentos do agregado familiar.

As empresas e os outros agentes económicos deverão contribuir em proporção à fatia do rendimento nacional que, em cada ano, lhes couber.

O Estado, tendo em conta as externalidades positivas do sistema de saúde e as consequências adversas provocadas pela modernização, deverá disponibilizar um Fundo de Equilíbrio Financeiro para o Fundo Nacional da Saúde que, em cada ano, será activado em função das necessidades, até um limite a fixar.

2. O Fundo Nacional de Saúde será um Instituto Público, gerido dentro da máxima autonomia técnica, administrativa, financeira e patrimonial e funcionará como a entidade financiadora do SNS.
3. O Fundo Nacional de Saúde definirá para cada ano, o conjunto de cuidados de saúde necessários, que irá cobrir, os prestadores públicos e privados com que irá trabalhar, bem como as condições de acesso que serão oferecidas a todos os cidadãos. Tal matéria deverá ser objecto de aprovação governamental, sob proposta do Ministro da Saúde.

Reconhecemos que não será fácil definir fronteiras claras entre o que é necessário e o que é complementar, acessório ou supérfluo. Deverão, nesta matéria, procurar-se consensos à volta de critérios médicos e económicos.

A noção de um “pacote” básico de cuidados de saúde é, no entanto, essencial, para que os cidadãos entendam o leque de benefícios que o Seguro Social Obrigatório lhes faculta.

Nesta matéria, coincidimos, aliás, com a proposta apresentada pelo Documento de Trabalho do Ministério da Saúde, de Março de 1995 (16).

Pensamos, todavia, que, pelo menos numa primeira fase, não há razões suficientemente válidas para aderirmos à ideia de vários institutos de financiamento, ao contrário do Fundo Nacional, único, que propomos. Também aqui a matéria é

objecto de controvérsia entre os economistas da Saúde, não sendo visível qualquer consenso (Anexo VII e (16))

Julgamos que o país não é suficientemente grande para justificar a concorrência entre vários fundos de saúde públicos.

As assimetrias entre regiões e distritos são acentuadas a diferentes níveis (necessidades de saúde, poder de compra, estatutos sociais, estilos de vida, recursos técnicos e humanos disponíveis nas áreas da saúde e da gestão, etc), pelo que a possibilidade de institutos regionais, mesmo admitindo inscrições cruzadas (desde logo pouco verosímeis), iriam criar iniquidades relativas agravadas, face ao cenário actual.

Por outro lado, a concorrência entre entidades financiadoras facilita a tendência para a selecção adversa de riscos, procurando, cada uma à sua maneira, aliciar os mais jovens, os mais saudáveis e os que têm mais poder de compra. Este conjunto de razões leva-nos a considerar a ideia de um só Fundo Nacional, com extensões regionais, sub-regionais e locais, para que se assegure a proximidade e o conhecimento mútuo entre segurado e segurador, por um lado, e financiador/ / prestador, por outro lado.

4. Os cidadãos terão a liberdade de aderir a seguros e subsistemas de saúde complementares, ou a benefícios adicionais dentro do Fundo Nacional de Saúde. Tal adesão revestirá sempre natureza facultativa.

Os seguros e subsistemas deverão indicar previamente o conjunto de benefícios adicionais que poderão facultar aos seus aderentes. Dentro do Fundo Nacional de Saúde, o prémio a pagar poderá ser voluntariamente superior se o cidadão quiser dispôr, dentro do “pacote” básico, de um leque de escolhas maior.

Seria inevitável, face à realidade nacional, admitirmos a adesão a formas complementares de protecção na doença. Já não nos parece razoável a ideia do “opting-out”, ou seja, a faculdade do cidadão optar por sair do SNS (e portanto não contribuir para o Fundo Nacional) e enveredar para outra forma, alternativa, de seguro de saúde. E são várias as razões que nos levam a pensar assim:

- o “opting-out” representa, objectivamente, uma quebra no princípio da solidariedade (sairiam do Fundo Nacional de Saúde os mais saudáveis, mais ricos, mais jovens e com mais poder de compra e, desta forma, os rendimentos dos mais carentes deixariam de ficar protegidos);
- o SNS tenderia, assim, a vocacionar-se para os mais pobres, para os mais idosos, portadores de patologias mais graves ou crónicas e para situações sociais complicadas. Tal cenário faria necessariamente aumentar os custos por doente tratado, num processo contraditório de, tendencialmente, menos recursos.

O empobrecimento do SNS seria inevitável. Em contrapartida, o sector privado desenvolver-se-ia para segmentos populacionais exigentes, mas menos necessitados, atingindo, naturalmente, níveis de conforto e qualidade elevados. Tal cenário, corresponderia assim, a um Sistema de Saúde dual, com lógicas de desenvolvimento opostas e iníquas;

- o “opting-out” só faria sentido num cenário em que a alternativa fosse compensadora para aqueles que voluntariamente assim quisessem optar. Ou seja, o cidadão procuraria fora do SNS, melhores cuidados, prestados atempadamente, de forma personalizada e em instalações com mais privacidade e conforto. O sucesso do “opting-out” ficaria, assim, dependente de uma oferta privada de cuidados de saúde que, em qualidade e quantidade, respondesse às expectativas de segmentos significativos da população.

Tal cenário não é previsível, a curto prazo, em Portugal. A iniciativa privada é, de momento, escassa, localiza-se em zonas bem delimitadas do território nacional, e não abrange a generalidade dos cuidados de saúde de que as pessoas necessitam. Neste contexto, o “opting-out” teria um grau de adesão tão baixo que tornaria inviável qualquer seguro comercial alternativo.

- Talvez por isso, mas também por razões técnicas inerentes ao próprio negócio segurador, as Companhias de Seguros continuam a não se mostrar interessadas em apresentar modalidades de seguro de saúde alternativas ao SNS, o que desde logo inviabiliza esta solução.

Esta questão é, no entanto, controversa mesmo no seio dos economistas da Saúde portugueses⁵¹. Num dos estudos mais recentes sobre esta matéria (3), o autor, embora defendendo o “opting-out”, não deixa de avançar as contrariedades que o modelo encerra e as dificuldades que terá no curto e médio prazo.

Neste sentido, há quem defenda o mecanismo de “opting-out” mitigado ou parcial para o nosso país (Bagão Félix, 1997)⁵². Tal proposta, pressupõe a separação entre doenças agudas comuns e doenças catastróficas e de evolução prolongada, sendo apenas as primeiras objecto de “opting-out”. Nesta perspectiva, os cidadãos que optassem por sair do SNS, fá-lo-iam apenas parcialmente, pagando, sempre, uma parte para o seguro social obrigatório por conta das doenças catastróficas e de evolução prolongada. Tal modelo põe vários problemas e inconvenientes:

- não é fácil estabelecer uma fronteira entre um estado de doença e outro, pelo que o financiamento de casos clínicos seria extremamente complexo e susceptível dos maiores litígios entre diferentes responsáveis ou de oportunismos dificilmente controláveis;

⁵¹ Para um desenvolvimento dos argumentos a favor do opting out, consultar (3)

⁵² Jornadas comemorativas do X Aniversário do Hospital de S. Francisco Xavier, 1997

- o “opting-out” parcial não resolve os inconvenientes do “opting-out” total, já que se mantêm os riscos de iniquidade, anteriormente apresentados, acentuando-se, porventura, a complexidade e gravidade dos cuidados prestados no SNS e, conseqüentemente, os custos por doente tratado.
- também se mantém a questão de não haver em Portugal uma oferta privada correspondente às opções de “opting-out” parcial, já que, admitindo um contingente elevado de aderentes, a dimensão actual e previsível da oferta privada seria manifestamente insuficiente.

4.2.2. Seguro Público e Prestação Privada

Um dos elementos mais interessantes que se pode introduzir no Sistema de Saúde, a partir do momento em que se separa o financiamento da prestação, é alargar a concorrência a prestadores públicos e privados, em pé de igualdade.

Isto é, o financiador procuraria, no mercado, os prestadores que melhores condições preço-qualidade pudessem oferecer para o leque de cuidados seleccionado, independentemente de serem públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos.

Tal cenário, absolutamente legítimo dentro dos princípios de racionalidade económica e de garantia dos interesses dos cidadãos, esbarra, entre nós, com as características estruturais do nosso sistema. Na realidade, a esmagadora maioria dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, etc.) desempenha funções no sector público, pelo que são raros, no sector privado, os casos de não acumulação e de trabalho em tempo completo.

Por outro lado, a estrutura de custos dos serviços públicos é fortemente marcada pelo peso da formação pré e pós-graduada, designadamente na carreira médica, pela falta de incentivos e pelos mecanismos burocráticos que percorrem toda a gestão.

Em tal situação, a concorrência público-privado, será concerteza nalguns “nichos” tecnológicos e nalguns tipos de cuidados, francamente favorável à actividade privada, tirando esta vantagens directas da existência de um forte sector público e dos seus agentes.

Pensamos, por isso, que a concorrência público-privado, encarada de forma séria e equitativa, pressupõe a clara separação de “territórios” de exercício e de interesses, o que envolve uma evolução prévia do próprio estatuto sócio-remuneratório do pessoal do sector público, **criando um cenário de opções e não de complementaridades**, para o exercício profissional.

Apesar disso, há já hoje um largo campo de intervenção para o sector privado de saúde em que os constrangimentos referidos não se verificam. Trata-se da área dos cuidados para doentes crónicos ou de evolução prolongada, para a qual o sector

público não tem tido respostas suficientemente ajustadas. Nesta área, o sector privado não funcionará em concorrência com o sector público mas em complementaridade ou cooperação.

De facto, não só a racionalidade do sistema de saúde mas, também, o respeito e as necessidades específicas desse tipo de doentes, beneficiariam significativamente com essa intervenção da iniciativa privada, particularmente das instituições de solidariedade social (Ordens Religiosas, Misericórdias e outras IPSS), vocacionadas, por excelência, para esse tipo de cuidados, tecnologicamente menos diferenciado, é certo, mas apelando a competências específicas nas áreas do suporte social, humanização e reabilitação.

Em síntese, deverão ser criadas condições de transparência que propiciem uma concorrência efectiva entre prestadores públicos e privados face a um financiamento público da saúde, designadamente no que diz respeito à prestação de cuidados secundários ou de natureza hospitalar.

Quanto aos cuidados continuados, pensamos que se deverá estimular a colaboração público-privado, através da adopção de medidas que favoreçam a iniciativa privada neste importante sector, com base, repete-se, num financiamento através do Fundo Nacional de Saúde.

4.2.3. A Distribuição de Recursos e as Formas de Pagamento

No cenário para que apontamos preferencialmente (a existência de um Seguro Social Obrigatório gerido por um Fundo Nacional de Saúde, e, subsidiariamente, a possibilidade dos cidadãos aderirem voluntariamente a subsistemas complementares), importa ter presente que se perfilam duas fontes distintas de financiamento: a) a primeira, de natureza eminentemente solidária e de carácter universal; b) a segunda, eminentemente individual e selectiva, sem prejuízo de mecanismos de solidariedade intragrupal, do tipo “face to face”.

Neste contexto, iremos analisar essencialmente as questões que derivam da sequência da primeira linha de financiamento, ou seja:

- como distribuir os recursos de forma equitativa pelo território nacional?
- como pagar os cuidados de saúde de forma a fomentar mais eficiência e mais qualidade?

A distribuição dos recursos financeiros deve ser de base capitolacional, por forma a garantir a cada região ou zona do país um volume equitativo, dentro da dupla asserção deste conceito (equidade horizontal e equidade vertical).

Para que isso se torne efectivo, torna-se necessário ponderar a capitação com factores que discriminem a noção de necessidade, tais como: idade, sexo, morbilidade, densidade populacional, proximidade de cuidados de saúde de nível secundário e terciário.

Por outro lado, não podemos, realisticamente, deixar de considerar a base distributiva de que partimos e o seu carácter profundamente assimétrico.

No documento “Opções para um debate nacional” (Anexo IX), caracterizam-se elementos essenciais dessas assimetrias: distribuição de médicos e de enfermeiros, densidade de camas hospitalares, níveis de utilização de cuidados. Com tais condições não seria política e socialmente sensato passarmos, a curto prazo, para um modelo capitolacional ponderado, como forma exclusiva de distribuição de recursos, já que a correcção das assimetrias envolve mudanças importantes, desde logo na mentalidade dos agentes e depois na reafecção de meios humanos, de instalações e de equipamentos. Este esforço leva o seu tempo e é importante que isso seja tido em conta no modelo de distribuição dos recursos financeiros da saúde.

Por isso, julgamos mais ajustada uma adaptação, faseada, do modelo capitolacional, que gradualmente vá passando do modelo actual (retrospectivo e com base nas despesas), para aquele (prospectivo e com base nas necessidades).

A delimitação das áreas sócio-demográficas que servirão de referência a essa afectação de recursos é também uma matéria particularmente importante. Podemos estabelecer uma “malha larga”, em que a capitação se estabelece com base em valores médios ajustados para cada uma das cinco regiões de saúde pré-existentes; ou podemos desdobrar cada região em sub-regiões (equivalentes aos actuais distritos). É óbvio que esta base de referência permite direccionar melhor os recursos em função das necessidades das populações do que a primeira, já que há regiões internamente pouco homogéneas e que tenderiam a auto-beneficiar os seus centros de decisão em detrimento das suas áreas periféricas.

Esta descentralização do financiamento da saúde, distribuindo à cabeça os recursos financeiros para estruturas descentralizadas de decisão, põe-nos ainda dois problemas técnicos adicionais:

- o primeiro, prende-se com a liberdade de escolha ou com situações acidentais; aquele princípio e estes casos podem vir a determinar que um cidadão residente numa área (região, distrito, etc) utilize cuidados de saúde sediados noutra área. Tal cenário, dentro da ideia de que o dinheiro segue o doente, deverá pressupor mecanismos de compensação inter-regiões para este tipo de utilizações cruzadas;
- o segundo prende-se com a hierarquia técnica dos cuidados de saúde e os níveis de concentração de recursos clínicos, economicamente necessária e clinicamente

recomendada. Ou seja, há prestações que pela sua complexidade tecnológica e/ou a baixa frequência de utilização, devem estar concentradas em áreas geográficas estrategicamente definidas por forma a cobrirem agrupamentos populacionais de grandes dimensões. Estão neste caso algumas subespecialidades médicas e cirúrgicas apenas disponíveis nos hospitais centrais de Lisboa, Porto e Coimbra. É óbvio que a existência deste tipo de estruturas pressupõe custos adicionais importantes (de investimento, exploração e manutenção), para além dos pesados encargos inerentes à formação de quadros técnicos. Pensamos que, para além dos pagamentos que uma região terá que fazer a outra quando transfere doentes para hospitais de maior complexidade, deverá ponderar-se um fundo próprio para financiamento dos níveis de apetrechamento tecnológico e humano dos hospitais centrais, pelo menos, transitoriamente.

1. A - FORMAS DE PAGAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Devemos começar por considerar que o financiamento de saúde não se destina apenas a cobrir a prestação de cuidados curativos ou de reabilitação. Aliás, a génese dos sistemas de saúde mais racionalizados assenta essencialmente na manutenção da saúde como forma de diminuir intervenções secundárias, necessariamente mais onerosas e potenciadoras de externalidades negativas para a Economia e para a Sociedade.

Por isso, os modos de pagamento dos cuidados de saúde, distinguem-se habitualmente em dois sectores: a) a medicina familiar em que o essencial é manter as pessoas saudáveis, prevenindo doenças, promovendo comportamentos saudáveis e atacando precocemente situações de doença, tratando os doentes e referindo-os, quando necessário, para cuidados especializados; b) o sector hospitalar (aqui incluindo todos os cuidados secundários) em que o essencial é realizar intervenções de diagnóstico e tratamento especializado e parte da reabilitação.

Ora, as formas de pagamento podem, como já vimos, estimular nos prestadores determinados comportamentos profissionais, desejáveis ou indesejáveis. Teremos portanto que encontrar formas de pagamento que promovam nos prestadores comportamentos desejáveis de acordo com o seu nível de intervenção.

B - O PAGAMENTO AOS CLÍNICOS GERAIS

Assim, para os cuidados primários (medicina familiar) não é de todo ajustado o pagamento por actos, sendo pelo contrário, internacionalmente defendido, mesmo entre nós, o pagamento por capitação (uma remuneração compatível com a responsabilidade pela saúde da pessoa). Isso pressupõe uma evolução importante do nosso modelo de remuneração dos clínicos gerais, de base salarial. Esta modalidade paga tempo de trabalho e não discrimina a intensidade,

qualidade e oportunidade do trabalho. Não tem sido também do agrado dos próprios médicos, principalmente dos que mais trabalham. Isso leva-os à procura de formas salariais complementares através de tempos de trabalho em serviços de urgência com as consequentes horas de qualidade e/ou extraordinárias. Tal cenário tem duas consequências fortemente negativas:

- a) a tendencial perda da noção de médico-assistente, já que este tipo de trabalho não permite acompanhar familiarmente o utente e estabelecer com ele uma relação estável;
- b) cansaço do médico, não lhe permitindo desempenhar adequadamente a relação e o trabalho junto dos seus doentes programados.

O pagamento por capitação pode ser, no entanto, menos ou mais compreensivo, tendo em conta as responsabilidades médicas que cobre.

No nosso país, o clínico geral é apenas responsável por, teoricamente, acompanhar a saúde do utente, tratar situações simples de doença, prescrever alguns exames de diagnóstico e medicamentos e remeter o doente para um especialista. Para isso recebe um salário fixo.

Mas o conceito de clínico geral, como “pivot” de toda a saúde da pessoa, pode implicar uma visão mais ampla das suas responsabilidades, cabendo-lhe a procura de todos os cuidados que o seu doente necessita e proceder ao respectivo encaminhamento. A noção do clínico geral como médico assistente do doente e simultaneamente responsável pelas prestações que a todos os níveis o doente necessita, pressupõe um orçamento clínico global para todos os cuidados de saúde dos seus inscritos. Ou seja, a capitação que vai receber por cada aderente prevê não só os cuidados que ele directamente lhe presta, mas também os que ele terá que pagar por eventuais utilizações subsequentes.

Esta perspectiva do clínico-geral — “G. P. -Fundholder” — idêntica à que acontece no Reino Unido, embora interessante, não nos parece, todavia, aplicável no contexto nacional, já que:

- os clínicos gerais portugueses não têm hábitos de articulação com o subsistema hospitalar, que lhe garantam um controlo suficientemente efectivo dos consumos a jusante;
- não têm, também, conhecimentos e práticas de gestão que lhes permitam responsabilizar-se por orçamentos clínicos compreensivos;
- não dispõem de sistemas de informação adequados, nem de pessoal administrativo preparado para assumir essas responsabilidades, a curto prazo.

O pagamento por capitação que propomos é, assim, limitado às prestações directas do clínico geral, com duas particularidades adicionais:

- a) um regime de incentivos que promova certas práticas e desincentive outras;
- b) um orçamento indicativo para os medicamentos, a introduzir de forma progressiva e negociada.

As mudanças remuneratórias propostas podem representar, de facto, uma transformação radical da atitude do clínico geral perante os cidadãos inscritos na sua lista:

- de um modelo remuneratório fixo, não relacionado com a actividade, o clínico geral passaria a um modelo remuneratório variável dependente do número de inscritos que voluntariamente lhe quisessem confiar a manutenção da sua saúde;
- de um modelo remuneratório divorciado do perfil do médico de clínico geral, passar-se-ia a um modelo remuneratório que pretende incentivar a prática de comportamentos mais racionais e com mais qualidade;
- de uma situação não concorrencial, o clínico geral passaria a sentir a competição inter-pares como factor importante para a formação dos seus rendimentos (competição com base na qualidade).

É óbvio que convirá ponderar o impacto e a viabilidade de transformações tão sensíveis. A estabilidade e garantia de emprego dos clínicos gerais pode ser posta em causa pelos mecanismos de mercado e, em última instância, pelas opções dos próprios utilizadores.

A variabilidade dos seus rendimentos associada ao ponto anterior consubstancia um risco inerente ao exercício profissional do clínico geral. Há, no entanto, neste modelo, factores de equilíbrio importantes que podem ser aliciantes para os clínicos gerais: a quantidade e qualidade do trabalho são recompensadas; uma prestação mais racional é premiada; o jogo do mercado pode permitir aumentar o número de aderentes e directamente as suas remunerações. Tais condições de trabalho, parecem-nos adequar-se melhor ao importante papel do clínico geral como vértice do sistema de prestação de cuidados e, naturalmente, ao princípio da livre escolha do consumidor, nesta matéria absolutamente válido.

Temos consciência que este cenário envolve desafios novos. Por isso, defendemos uma evolução gradual que poderá desenvolver-se em três vertentes distintas:

- a) dar a possibilidade de adesão voluntária a este modelo e apenas impô-lo aos futuros clínicos gerais;
- b) iniciar o processo com um modelo remuneratório transitório em que o salário representaria, por exemplo, 50% da remuneração e apenas os restantes 50% seriam obtidos segundo o novo modelo;
- c) aplicar este modelo em zonas do país bem delimitadas, em que as condições existentes permitissem visualizar o sucesso da iniciativa.

C - O PAGAMENTO AOS HOSPITAIS

A separação entre o financiador e o prestador pressupõe a existência de um mercado em que ambos se encontram: o financiador à procura de cuidados de saúde necessários, efectivos, de qualidade e a um preço controlado; o prestador à procura de clientes, oferecendo serviços que agradem às pessoas, tenham qualidade técnica e um preço competitivo.

No cenário de financiamento global que propomos, teremos um único financiador no âmbito do Seguro Social Obrigatório (o Fundo Nacional de Saúde) e admitimos uma competição do lado dos prestadores (públicos e privados). Teremos assim um monopsonio.

As questões que se colocam são essencialmente de três tipos:

1. Existe ou não uma negociação entre financiador e prestador para o estabelecimento de contratos?
2. Quais os “produtos” que serão objecto de contratualização?
3. Como proceder ao respectivo pagamento?

Passemos à análise detalhada das soluções possíveis:

1. O princípio da negociação

A situação actual não permite qualquer tipo de negociação entre hospitais e a autoridade financiadora. A formação dos orçamentos hospitalares é de natureza essencialmente financeira, com base nas despesas históricas, e não há uma orientação por produtos, apesar de, desde a década de 80, existir uma classificação de doentes por GDH⁵³, especificamente vocacionada para pagar episódios hospitalares.

Este método de classificação, actualmente em fase de alargamento aos cuidados ambulatoriais (Grupos de Doentes Ambulatoriais — GDA), poderá servir de base negociável entre o financiador e os prestadores mas não deverá funcionar como uma tabela unilateralmente adoptada para pagamento dos cuidados hospitalares.

Introduzir o princípio da negociação pressupõe exactamente a capacidade de ambas as partes apresentarem as suas condições que, através da negociação e também da concorrência, se vão aproximando.

A formação dos preços deverá, assim, ter por base uma orientação por GDH's e GDA's (calculados com base nas análises dos custos dos actuais serviços hospitalares) mas susceptível de subidas ou descidas de acordo com a qualidade, localização e

⁵³ Grupos de Diagnósticos Homogéneos (17)

outras especificidades, que resultem dos mecanismos de competição entre diferentes prestadores.

2. A definição de “produtos” hospitalares

Já analisámos anteriormente os aspectos teóricos mais relevantes sobre esta matéria. É, naturalmente, um assunto da maior importância, no sentido de perceber o que os hospitais fazem exactamente e com que nível de eficiência e de qualidade.

À medida que os hospitais se modernizam e desenvolvem formas alternativas ao internamento tradicional (hospital de dia, cirurgia ambulatória, internamentos curtos, de um dia, semi-internamentos, etc.), a sua produção não pode ser medida por critérios únicos e essencialmente ligados à ocupação da cama, como até aqui.

Por outro lado, também nesta matéria será mais conveniente olhar para o doente, na sua utilização compreensiva de cuidados face a um episódio de doença, do que classificar apenas actos médicos ou cirúrgicos, consultas, tratamentos, etc., de forma avulsa e sem relação com os doentes. Financiar os hospitais a partir dos casos que tratam é obviamente um método mais racional, já que nos permite perceber o grau de eficiência com que determinada doença é abordada e tratada e, até, os meios e os métodos que foram utilizados.

Cada caso, tem por sua vez, um grau de complexidade e de gravidade própria, pelo que, actos aparentemente idênticos e durações de internamento iguais podem representar custos substancialmente distintos.

Por isso é que as formas de classificação de doentes por GDH, GDA ou outras metodologias, permitem definir o “case-mix” de um estabelecimento hospitalar e, no fundo, perspectivar o nível de recursos de que necessita, ao invés do simples somatório, ainda que ponderado, dos dias de internamento, doentes saídos ou taxas de ocupação.

Convirá, no entanto, reflectirmos sobre a qualidade dos cuidados prestados, independentemente do respectivo “case-mix”⁵⁴ do hospital. Sabemos que a competição pelo preço pode prejudicar a qualidade dos cuidados e, os métodos de classificação de doentes e, especificamente, os GDH, têm sido objecto de severas críticas por esse facto: diminuir os dias de internamento de um episódio apenas por razões económicas ou, pela mesma razão, racionar as prestações clínicas ou hoteleiras; classificar os doentes em “grupos” mais “caros” como forma de obter mais-valias, etc.

Ou seja, se o mercado que propomos e os contratos que se seguirão entre o Fundo Nacional da Saúde e os prestadores não tiverem por base regras de acreditação e

⁵⁴ Ana Escoval lembra que “por case mix de um hospital se entende, genericamente, a tipologia da sua produção expressa pela proporção dos vários tipos de doentes que trata (classificados através de sistemas do tipo GDH's)”(18)

certificação prévia de hospitais e de serviços e, mecanismos de monitorização sistemática de procedimentos e de resultados, os métodos de classificação de doentes, como forma de orientar o pagamento dos serviços, pode comprometer significativamente a qualidade dos cuidados.

3. Como pagar aos hospitais

Decorre, das duas questões anteriores, que o pagamento aos hospitais deixará de processar-se através de um orçamento global de natureza retrospectiva, ou seja, com base no histórico das despesas hospitalares anteriores.

De facto, apontamos para a existência de uma forma prospectiva de pagamento, que não olha para trás, mas essencialmente para a frente. Os hospitais vão ser contratados para, prospectivamente, prestarem cuidados de determinado tipo para doentes com determinadas patologias.

Definem-se, assim, tipo, quantidade e qualidade de cuidados a prestar e para cada “produto” contrata-se um preço.

O orçamento do hospital, e daí a sua viabilidade económico-financeira, dependerá, portanto, dos preços que conseguir ver aceites e do volume de trabalho que conseguir contratualizar. Depois, o seu sucesso dependerá do nível de eficiência que fôr capaz de atingir em cada “linha de produto” e da qualidade e confiança que conseguir demonstrar junto dos consumidores e do financiador.

A eficiência e a qualidade são, assim, um factor-chave do sucesso de formas de pagamento prospectivo, em que “... todos os agentes do sistema podem ganhar (19)”. Os ganhos de eficiências libertam um excedente que pode ser distribuído entre prestador e financiador (e que este último transmite, em última análise, aos cidadãos...).

A negociação entre o financiador e o hospital poderá deixar em aberto o volume de produção, atendendo à falibilidade das previsões em matéria de saúde. Tal cenário poderá ter duas consequências adversas:

- a) uma para o hospital, que não vendo garantido um volume mínimo de produção não consegue ajustar devidamente os seus recursos e retirar economias de escala;
- b) outra para o financiador, que poderá ter que pagar um volume excessivamente inesperado de cuidados para o qual possa não ter dinheiro suficiente.

Por estas razões, recomenda-se sempre a elaboração de uma estimativa das necessidades por “linha de produto” e que, para cada hospital contraente, seja definido o mínimo e o máximo de produção esperada. Neste cenário, podemos dizer que cada hospital terá um orçamento global constituído pelo volume de produção esperado face ao “case-mix” objecto de contrato.

O financiador terá sempre que pagar o volume mínimo de produção contratado, salvo se razões de lado do contraente apontarem para solução diferente, e a ultrapassagem do volume máximo deverá pressupor um pagamento progressivamente inferior “por caso”.

Desta forma, não só se desincentiva a propensão para inflacionar certos grupos de diagnósticos, como se previne a pertinência e a qualidade dos cuidados.

4.2.4. A participação directa do cidadão nos custos dos cuidados que recebe

O mecanismo da partilha de custos é tentador quando estes sobem incontrolavelmente ou quando se pressente que há um consumo desregrado de alguns tipos de cuidados.

Todavia, como vimos já anteriormente, pôr os doentes a pagar parte dos cuidados que recebem, aumenta a iniquidade e não diminui os gastos globais com a saúde.

No caso português, a participação directa dos doentes no pagamento dos cuidados de saúde é já a mais elevada na União Europeia, pelo que não será politicamente sustentável e socialmente justo, aumentar essa participação sem alterar substancialmente as características essenciais do sistema.

De facto, temos a perfeita consciência de que não são os pagamentos directos realizados no SNS que contribuem decisivamente para aquela posição de Portugal. As receitas próprias do SNS estimam-se habitualmente na ordem dos 10%, ficam geralmente nos 5 a 6% e desta percentagem apenas 1 ou 2% corresponderão a pagamentos directos dos cidadãos (taxas moderadoras, essencialmente) (9). Assim sendo, verifica-se que são os pagamentos de medicamentos, de cuidados em regime privado ou comparticipados por subsistemas, mais as despesas com seguros comerciais ou mutualistas, que concorrem essencialmente para a forte componente da despesa privada.

Ou seja, a tentação de introduzir co-pagamentos nos cuidados prestados no SNS (em regime de internamento, consultas ou exames complementares) quando, alternativamente, as pessoas já gastam muito do seu bolso em despesas de saúde, iria conduzir o sistema para um ponto de ruptura, em que o SNS seria fortemente penalizado em favor de entidades privadas, muitos cidadãos ficariam impossibilitados de procurar certo tipo de cuidados e os mais favorecidos encaminhar-se-iam definitivamente para o sector privado. Instalar-se-ia um sistema potencialmente iníquo e irracional, já que as despesas globais poderiam não baixar, por efeito da intensidade de cuidados junto dos doentes com maior poder de compra.

Repare-se que, entretanto, a existência de taxas moderadoras no SNS (iniciadas na década de 80), não fez baixar a procura de cuidados, como se pretendia, já que se supõe que tal mecanismo favorece a pertinência e a racionalidade na utilização. Pelo contrário, não só o volume da procura não baixou como a utilização desnecessária se manteve nos mesmos níveis. Basta olharmos para os dados dos serviços de urgência para constatar a veracidade desta afirmação. Ou seja, as taxas moderadoras não disciplinaram nem diminuíram a procura de cuidados no SNS, pelo que em nada contribuíram para o controlo dos custos da Saúde.

Reafirmamos a ideia, de resto partilhada por peritos e organizações internacionais e nacionais de méritos reconhecidos, que num sistema com uma estrutura de quase mercado, a coordenação eficiente dos recursos públicos faz-se, principalmente, do lado da oferta.

Em conformidade, e com a excepção já histórica dos medicamentos, em que a participação directa do utente se cifrará em cerca de 50%, (20), pensamos que os co-pagamentos e as taxas moderadoras devem ser reduzidos a situações muito pontuais de abuso de utilização, sempre que existam alternativas consistentes. Estamos a pensar concretamente nos Serviços de Urgência onde o número de situações inadequadas é de cerca de 80%. O valor pecuniário das actuais taxas moderadoras e a falta ou ausência de cuidados primários credíveis não são dissuasores da procura “não urgente”. Admitimos a possibilidade de, neste ponto crítico de utilização de cuidados de saúde, as taxas moderadoras poderem vir a aumentar nos casos de doença que não exijam cuidados de urgência. Mas para isso o SNS tem que oferecer de facto uma medicina familiar feita por clínicos gerais competentes, disponíveis e pró-activos.

Pelo contrário, consideramos que devem ser eliminadas taxas moderadoras na consulta externa hospitalar e nos exames complementares de diagnóstico e terapêutica. A utilização deste tipo de cuidados deve ser referenciada clinicamente pelo clínico geral ou, então, pelo próprio clínico hospitalar, pelo que não faz qualquer sentido “moderar” esse consumo. Este não deriva de uma iniciativa individual mais ou menos adequada do doente, antes depende de uma decisão clínica prévia, pelo que a existência de uma taxa moderadora a incidir no próprio utente, quando o consumo é determinado por terceiros, é um absurdo.

Um cenário aparentemente aceitável, seria o de criar mecanismos de co-pagamento de acordo com os rendimentos. Os doentes sem rendimentos mínimos ficariam isentos e para os outros estabelecer-se-ia uma taxa progressiva sobre o custo dos cuidados.

Tal procedimento iria onerar mais os doentes do que os saudáveis e seria pouco coerente com o modelo de seguro social “explícito” que propomos. Neste, é já visível

para o cidadão o esforço que lhe é pedido para o sistema público de saúde. E aí é já o cidadão com mais rendimentos a pagar mais. Não será, portanto, aceitável que no momento de utilização os seus rendimentos voltem a ser penalizados.

Por esta razão também, não consideramos socialmente adequada a introdução de taxas de comparticipação do SNS regressivas em função dos rendimentos dos utentes, em matéria de medicamentos.

Analisemos, noutra perspectiva, as situações de isenção. Tal como nas contribuições para o Seguro Social Obrigatório, haverá cidadãos que, não auferindo de rendimentos considerados mínimos, ficarão isentos de qualquer co-pagamento. Não devemos contudo confundir fracos rendimentos com a condição de idoso ou reformado. Estas características não devem dar acesso, *a priori*, a qualquer tipo de isenção, nem face ao Fundo Nacional de Saúde, nem face aos regimes de co-pagamento.

Os regimes de isenção abrangem também certas situações de doença (doenças crónicas) e o caso específico das grávidas e das crianças até um ano.

Não nos parece razoável que um doente crónico pague indefinidamente os medicamentos que continuamente consome, já que isso pode exigir-lhe despesas de tal modo elevadas que se tornem claramente incomportáveis. Mas também não é aceitável que pessoas portadoras de doenças crónicas com elevados níveis de consumo de certos medicamentos mas, simultaneamente, com elevado poder de compra, vejam os seus rendimentos protegidos através da gratuitidade de acesso a esses produtos. Nesta matéria, o modelo que tem sido seguido entre nós isenta da comparticipação não as pessoas doentes, mas os produtos que se supõe serem de consumo indispensável e permanente.

Propomos, assim, um modelo diferente, que discrimine primeiro a situação da pessoa doente e lhe associe então os níveis de isenção a que terá direito em cada tipo de produtos.

Poderíamos, em complemento, nesta matéria dos medicamentos, proteger os rendimentos das famílias definindo, por escalões de rendimento, um “*out of pocket maximum*” (21), para o consumo anual de medicamentos comparticipados.

Nos casos em que o consumo excedesse aquele limite o Fundo Nacional de Saúde deduziria esses montantes nos prémios a pagar no ano seguinte.

1. 4.2.5. As despesas da saúde e os benefícios fiscais

Encara-se, geralmente com naturalidade, que as despesas que se façam em cuidados de Saúde sejam objecto de benefícios fiscais, designadamente através de deduções parciais ou totais à colecta ou ao rendimento colectável.

Isso pressupõe dois preconceitos que convirá esclarecer:

- a) que todas as despesas de saúde são necessárias e que, portanto, o consumo não pode ser potenciado por razões externas (poder de compra, razões de prestígio, pressão dos prestadores, etc);
- b) que tal benefício é uma questão eminentemente pessoal e que não afecta o princípio da solidariedade no financiamento da saúde.

Sabemos, por um lado, que “... uma parte substancial das despesas (de saúde) não (têm) justificação em termos dos resultados de saúde obtidos, pelo que importa limitar o desperdício...”. Por outro lado, convirá termos bem presente que os benefícios fiscais “... ao induzir uma redução de receitas fiscais que tem de ser compensada pelo aumento geral da tributação, acabem por funcionar também como um processo de transferências do rendimento... a desfavor dos contribuintes em geral e a favor de certos grupos delimitados elegíveis para os benefícios” (3).

É, portanto, bem possível que os benefícios fiscais representem um incentivo ao consumo de cuidados.

Neste sentido, o estabelecimento de limites mínimos abaixo dos quais não há lugar a benefícios fiscais parece poder desincentivar o consumismo fútil de cuidados de saúde e apenas beneficiar fiscalmente doenças verdadeiramente graves.

Tal ideia perderá, no entanto, sentido, se assumirmos um sistema público de financiamento em que se admitem apenas prestações complementares em regime privado. Ora, ao admitirmos benefícios fiscais para despesas de saúde de significativo montante, estaríamos apenas a incluir grupos populacionais com elevados rendimentos que, voluntariamente, preferiam utilizar cuidados privados, geralmente com mais conforto e privacidade. Tais benefícios tornar-se-iam assim um convite para o incremento desses consumos, por vezes não necessários, e resultariam numa quebra de solidariedade, precisamente por parte dos que mais deveriam contribuir para o financiamento público.

Eliminar os benefícios fiscais em despesas de saúde, poderia assim contribuir para “aumentar a progressividade no IRS e aumentar o nível de equidade vertical” (3).

Reconhecemos, todavia, a antipatia de uma tal medida e as consequências políticas daí decorrentes. Reconhecemos também que, em muitas circunstâncias, a actual inacessibilidade ao SNS conduz muitos dos cidadãos para a procura de cuidados de saúde necessários em ambiente privado. E sabemos bem que este tipo de utilização envolve, por vezes, situações de saúde graves e dramáticas, facilmente exploráveis pelos prestadores privados, através da prática de preços altamente especulativos e dificilmente comportáveis pelos rendimentos das classes médias.

Em tal cenário, será justificável a concessão de um crédito fiscal para despesas de saúde, como forma de, indirectamente, recompensar parte desses encargos,

motivados, essencialmente, pela incapacidade de resposta do sistema público. Não se exclui, embora se reconheça discutível, a possibilidade de considerar a criação de Contas-Poupança-Saúde, para este fim (21).

Deveria, nesta matéria, definir-se uma percentagem máxima das despesas de saúde relativamente à matéria colectável, não dedutível. Todas as despesas que ultrapassassem o montante assim determinado, poderiam ser deduzidas por inteiro.

1. 4.3. Os recursos humanos da Saúde

Os profissionais representam a parcela essencial dos recursos dos Sistemas de Saúde.

No caso português, e cingindo-nos apenas ao SNS, as despesas com pessoal atingiam, em 1995, 40,5% do total, representando um crescimento, em relação ao ano anterior, quer em valor absoluto, quer em valor relativo (9).

À importância económica destes recursos, acresce a sua decisiva contribuição técnica e humana para a prestação de cuidados, num processo de produção *sui generis* em que as novas tecnologias não são substitutivas de mão-de-obra como sucede noutro tipo de organizações.

Pelo contrário, vimos assistindo à introdução de novas profissões de saúde, quer nos hospitais, quer na saúde pública, quer nos cuidados primários, à medida que surgem novas formas de diagnóstico e tratamento, bem assim como novas doenças.

A variedade de grupos profissionais de natureza técnica (de prestação directa ou indirecta de cuidados), dos sectores de apoio, da crescente componente de administração e apoio administrativo, torna a gestão dos recursos humanos da saúde uma matéria difícil e particularmente sensível, face aos diversos interesses em presença e aos diferentes estatutos sócio-culturais, por vezes, pouco conciliáveis.

Por outro lado, há uma clara tendência para substituir o trabalho individual, outrora retratado no paradigma relacional médico-doente, pelo trabalho de equipa, em que os enfermeiros, os técnicos de diagnóstico e terapêutica, os técnicos sociais, os biólogos, os epidemiologistas, etc, assumem um papel cada vez mais imprescindível na programação, na prestação e na avaliação dos cuidados de saúde.

É neste cenário que se desenvolvem as diferentes carreiras profissionais, segundo uma lógica muito própria e sem afinidades relevantes em matérias substanciais como a remuneração, a progressão ou a avaliação do desempenho.

As carreiras profissionais de saúde regem-se pelos mecanismos rígidos e universais da administração pública, que pouca margem de manobra deixam para uma correcta gestão dos recursos humanos no interior das organizações de saúde: o recrutamento e selecção de pessoal, o dimensionamento dos quadros e os sistemas remuneratórios, os mecanismos disciplinares e a avaliação, obedecem muito mais a disposições legais e

regulamentares decididas fora das organizações e ao poder relativo das partes em cada momento, do que a princípios de adequação do perfil dos profissionais às organizações em que trabalham, moldado à luz dos interesses recíprocos de empregados e empregadores.

Há, neste contexto, que introduzir na política dos recursos humanos, regras de harmonização inter-profissional, por um lado, e de autonomia de gestão por parte das organizações, por outro lado.

A introdução de tais alterações permitirá a cada instituição de saúde dispor de regras próprias na gestão do seu pessoal, designadamente em matéria remuneratória, de progressão, de criação de incentivos e de avaliação. Desta forma, será possível adequar os recursos humanos à orientação que se pretende imprimir á gestão de cada organização, promover a fixação dos melhores profissionais e, assim, contribuir para uma prestação mais responsável, tecnicamente qualificada e eficiente.

Verfica-se hoje, que as organizações de saúde não se conseguem distinguir pela motivação e pelas condições de trabalho que oferecem aos profissionais de saúde. Todas funcionam em moldes idênticos, o que lhes retira a possibilidade de criarem uma identidade própria, um clima social atractivo e incentivos visíveis para os seus profissionais. É por isso que os profissionais fazem, muitas vezes, carreira, saltando de instituição para instituição, à procura de um lugar no quadro, mais diferenciado, quase sempre no pressuposto de se aproximarem dos principais centros urbanos.

Os modelos remuneratórios vigentes, de natureza salarial, regulados não pelo tipo, quantidade e qualidade do trabalho, mas exclusivamente pelas horas de trabalho, são claramente contra-indicados. Desenvolvem nos profissionais a ideia de que remunerações acrescidas só são possíveis com horas de qualidade ou horas extraordinárias o que tem contribuído para introduzir nas instituições mecanismos de pressão que justifiquem tais acréscimos. Tal situação, apesar de perfeitamente justificável nalguns casos, é, muitas vezes, perversa, pois alimenta modelos de prestação não programada, necessariamente mais caros e menos adequados à saúde das populações.

Não nos parece aceitável que a via do horário acrescido seja considerada como o único instrumento que atraia e fixe os profissionais aos serviços em que trabalham. Até porque, na esmagadora maioria dos casos, isso não traduz mais e melhor trabalho.

Mas a introdução de novos modelos remuneratórios, ligados ao cumprimento de objectivos e a criação de índices remuneratórios de progressão, muito mais frequentes e flexíveis, pressupõe uma mudança radical no espírito e na letra das carreiras profissionais.

E valerá a pena, aqui, explicitar dois planos essenciais na análise das carreiras: a) a competência técnica; b) o desempenho profissional.

A competência técnica deve ser reconhecida e avaliada mais espaçadamente, por entidades autónomas de elevada credibilidade (orgãos de controlo do exercício profissional) e que garantam a qualidade das suas avaliações. Essas avaliações dão ao profissional um grau de diferenciação e de senioridade que lhe permite assumir competências.

O desempenho profissional só pode ser analisado, com segurança, através da avaliação sistemática e contínua dos profissionais, utilizando-se, para isso, variadíssimos indicadores de rentabilidade, efectividade, eficiência e satisfação. A progressão dentro de um determinado nível de competência técnica, far-se-á pela indicação frequente do desempenho demonstrado, feita pelas respectivas direcções técnicas às administrações.

Paralelamente, dever-se-ão introduzir incentivos adicionais face ao cumprimento dos objectivos pré-definidos por Serviço. O carácter pluridisciplinar da actividade clínica desaconselha a criação de incentivos, por exemplo, só para médicos. Toda a equipa contribuiu para que certos objectivos tivessem sido atingidos. Por isso os percentis de incentivo que se venham a criar devem ser universalmente aplicáveis a todo o *staff* do Serviço.

(ENTRAM OS TRÊS RESTANTES GRÁFICOS)

4.4. A questão dos medicamentos

O consumo de medicamentos é, em Portugal, uma das questões mais relevantes do Sistema de Saúde, designadamente quando analisada na sua componente económica.

De facto, o mercado de medicamento representa hoje 2.15% do PIB⁵⁵ num processo imparável de subida **(22)**.

Entre 1992 e 1995 o crescimento real do volume de vendas de medicamentos foi superior a 26% **(23)**. O consumo “per capita” de medicamentos foi, em 1996, de cerca de 37.000\$00 **(22)**, o que, em termos relativos, representa um dos mais elevados consumos ao nível europeu, em termos de unidades paritárias de poder de compra **(1)**:

PAÍSES	CONSUMO DE MEDICAMENTOS <i>per capita</i> (Em USD/UPPC)*
Portugal
Reino Unido	147
Dinamarca	120
Finlândia
Irlanda	77

	79

	81

* Valores de 1994

Em 10 anos (1985-95) os encargos do SNS com despesas de medicamentos cresceram mais de cinco vezes a preços correntes, **(23)** e a tendência actual aponta para um recrudescimento dessa derrapagem (aumento de 14,4% entre 95 e 96 e superior a 20% para 96-97).

No total das despesas de Saúde, os gastos com medicamentos situam-se na ordem do 17% e são dos mais elevados da Europa **(2)**.

No contexto específico das despesas públicas de saúde, os encargos do SNS com medicamentos aproximam-se dos 22% **(22)**, num processo de constante crescimento.

Refira-se, a propósito, a importância decisiva do SNS no mercado de medicamentos: a quota do receituário do SNS representa 60% do total das despesas, num clara tendência de crescimento **(22, 23)**, contrabalançada pelas descidas verificadas no

⁵⁵ Dados de 1996

mercado dos subsistemas e no mercado de venda livre (representavam 14.3% e 25,7%, respectivamente, no ano de 1996); por outro lado, a taxa de esforço do SNS no seu próprio mercado, isto é, o seu nível de participações, situa-se na ordem dos 67%, num processo lento de desaceleração (23).

Perante este cenário, seríamos tentados, numa análise superficial e menos avisada da problemática do medicamento, a considerar esta evolução essencialmente positiva: mais consumo de medicamentos representaria mais prescrições médicas, logo, mais consultas e tratamentos médicos, mais e melhores cuidados prestados aos doentes, melhor saúde para os portugueses.

Há, no entanto, fortes razões para supormos haver nesta evolução sinais evidentes de desperdício, irracionalidade no consumo, menos qualidade no atendimento médico e a exposição excessiva aos riscos provocados pela própria iatrogenia do medicamento. E, numa perspectiva social, convirá também reflectir no custo-oportunidade do volume de recursos financeiros gastos em medicamentos, quando comparados com a sua aplicação para resolver outros problemas de Saúde.

Na realidade, as condicionantes estruturais e funcionais do Sistema de Saúde e, especificamente, do SNS, afectam também a contenção e a racionalidade na prescrição dos medicamentos: um modelo essencialmente curativo e não preventivo, o peso das observações de urgência, a massificação e a rotina das consultas dos Centros de Saúde, a rapidez e superficialidade com que os doentes são muitas vezes observados, a descontinuidade de cuidados, com eventual duplicação de prescrições, são razões ponderosas que concorrem para o aumento das prescrições e do consumo.

E parece evidente que as características do mercado do medicamento favorecem o incremento do consumo: o consumidor, ou não paga ou até aceita como boa prática a do médico de prescrição fácil e diversificada; este, por sua vez, não sofre qualquer pressão técnica ou económica no sentido de racionalizar a sua prescrição, sendo, pelo contrário, objecto do marketing da indústria farmacêutica, concerteza útil e indispensável, mas sempre incentivador de novos consumos; o financiador externo (Estado ou subsistemas) não exerce qualquer intervenção no sentido de avaliar e racionalizar as prescrições. Quando muito, intervêm a montante do mercado, no que respeita à introdução de novos medicamentos (AIM)⁵⁶, pedidos de participação e aprovação de preços, como faz, e bem, o INFARMED.

Mas este tipo de intervenção, podendo exercer alguma contenção sobre a indústria, não atinge o ponto crítico da despesa com medicamentos: a relação prestador-utente. E, nesta relação, percebe-se que o consumo de medicamentos é, essencialmente, induzido pelo prestador, já que o utente, como destinatário final do medicamento,

⁵⁶ AIM – Autorização para a Introdução de Medicamentos

raramente intervém na decisão sobre o tipo, quantidade e preço do ou dos medicamentos que vai tomar. Este tipo de opções cabe exclusivamente ao médico (ou, quando não há receita médica, ao farmacêutico) que, curiosamente, actua essencialmente em função de critérios de efectividade e despreza a ponderação do preço e dos custos.

Neste contexto, as medidas de racionalização que incidam sobre a procura (sobre o consumidor final) terão necessariamente um impacte reduzido, já que, no limite, transferirão os custos para as pessoas doentes, mas não influenciarão o tipo e o volume dos medicamentos consumidos.

Acessoriamente, tais medidas poderão prejudicar valores essenciais do Sistema de Saúde, tais como a universalidade, a generalidade e a equidade, já que eventuais restrições de consumo nalguns estratos populacionais de menores rendimentos, poderão afectar objectivamente o acesso a medicamentos necessários.

4.4.1. Regimes de co-pagamento

Estamos a referir-nos a uma política que pretenda aumentar a partilha de custos dos medicamentos com os doentes, assumindo estes taxas mais elevadas de co-pagamento. No caso português o esforço directo das famílias no custo dos medicamentos é já elevado (50% dos seus encargos directos com a Saúde são dedicados ao consumo de medicamentos)⁵⁷ e, nos medicamentos comparticipados pelo SNS, a maior fatia de gastos (52%) corresponde à taxa de comparticipação pública de 70% e ao conjunto de fármacos com o preço médio unitário mais elevado (próximo dos 2.700\$00)⁵⁸. Por outro lado, os níveis de comparticipação a 100% situam-se na casa dos 5% do valor das vendas, inferior ao dos produtos não comparticipados (6% do valor das vendas) (23).

Porque este esforço das famílias é já elevado, mesmo no contexto europeu, pensamos não ser socialmente ajustado agravar os co-pagamentos em matéria de medicamentos. Por razões macro-económicas seria, todavia, irresponsável, suprimir ou reduzir substancialmente a participação directa dos cidadãos. Assim:

- a) As isenções devem ter em conta os níveis de rendimento das famílias e não só as circunstâncias da doença ou a frequência do consumo de certo tipo de fármacos;
- b) Para obviar encargos inoportáveis provocados por situações incluídas na alínea anterior, deverá ser estabelecido um valor máximo de gastos directos com medicamentos comparticipados, por escalão de rendimentos e por ano; os

⁵⁷ INS/97

⁵⁸ Valores de 1995

excedentes que se verifiquem deverão ser reembolsados pela entidade financiadora no princípio do ano seguinte.

4.4.2. Condicionamento da Indústria Farmacêutica

Parece relativamente consensual e empiricamente comprovado que as medidas de racionalização no consumo de fármacos são seguramente mais eficazes quando sediadas do lado da oferta (indústria, distribuição, organização dos cuidados de saúde, prescritores).

Seguindo esta fileira, aparece-nos em primeiro lugar o fabricante de produtos farmacêuticos.

Sobre a indústria têm sido exercidas, em muitos países, fortes pressões no sentido de controlar preços, lucros, despesas de marketing, introdução de novos fármacos, e fomentar os produtos genéricos e as embalagens de menor dimensão⁵⁹.

Também no nosso país, tais medidas, têm sido, em parte, seguidas, aparentemente sem grande sucesso: desde 1988 que a formação dos preços define o preço máximo com base no mais baixo verificado nos três países de referência (Espanha, França e Itália), com algumas especificidades técnicas de cálculo quando há grande discrepância nos dois preços mais baixos (Decreto Lei nº 157/88 de 04/05; Portaria nº 548/88 de 13/08; Portaria nº 29/90 de 13/01). A exceção a estas regras aplica-se às especialidades farmacêuticas de venda livre (otc – out the counter) onde, apesar de tudo, “... a Administração (se reserva) a faculdade de intervir na fixação desses preços...” (nº 2 do artigo 1º da Portaria nº 261/91) e ainda aos “genéricos”, cujos preços não poderão, em princípio, exceder 80% do preço mais baixo dos similares (Portaria nº 623/92 de 01/07).

Tem sido possível, assim, controlar o crescimento dos preços dos medicamentos, hoje em dia idêntico aos dos bens de consumo em geral e, bastante inferior aos preços globais dos cuidados de saúde (23).

É, também, graças àquelas medidas que os níveis de preços dos medicamentos em Portugal são os mais baixos da Europa Ocidental com exceção da França (WHO, 1996).

Parece-nos, assim, que não será essencialmente ao nível dos preços que as intervenções de racionalização e controlo de custos se devem adoptar. Pensamos, todavia, que a adopção de preços de referência nas apresentações participáveis,

⁵⁹ Note-se que a Indústria Farmacêutica é um sector singularmente importante em matéria de repartição do valor acrescentado (o peso da massa salarial no VAB era em 1993 de 82.3% contra apenas 60.9% na Indústria transformadora em geral –(23)). Note-se, ainda, que o excedente bruto de exploração da Indústria Farmacêutica tem baixado, como se vê, para níveis preocupantes, o que pode indiciar um futuro de estagnação ou retrocesso em matéria de investimento. Assim, não será plausível o excesso de pressão que condicione a sua actividade, importante para o país a todos os títulos (emprego, investigação e desenvolvimento, produção de medicamentos com qualidade, formação médica, etc).

desde que se garanta, a prazo, a adesão dos médicos, poderá contribuir para uma tendência para o abaixamento dos preços, facto que, só por si, não representará necessariamente uma diminuição na factura global dos medicamentos.

Porque o essencial do problema se coloca, e repetimo-lo mais uma vez, ao nível da variedade e volume das prescrições. De facto, o mercado farmacêutico tem-se expandido de forma consistente nos últimos anos como atrás se demonstra.

Só entre 1993 e 1995, um terço das empresas cresceu acima dos 20% e apenas uma parcela idêntica apresentou crescimento negativo no mesmo período (23). Tomando a década 85-95 verificamos, por outro lado, que os encargos do SNS com medicamentos cresceram cerca de 5.17 vezes.

Será, portanto, ao nível do volume de vendas que se deverá racionalizar.

O recente acordo entre a APIFARMA e o Ministério da Saúde, ao prever a cobertura financeira da Indústria sempre que as despesas públicas ultrapassem determinado tecto orçamental pré-fixado, poderá também contribuir para algum controlo de gastos mas não garante a racionalização do consumo de medicamentos.

A introdução de genéricos, tão frequentemente referida como medida indispensável, poderá contribuir, realmente, para a diminuição dos preços e, daí poderá ter alguma eficácia no controlo das despesas. Mas pensamos que tal só será possível (a exemplo dos preços de referência), se concomitantemente se assegurar a adesão dos médicos e a qualidade desses produtos. Repare-se, todavia que, já hoje, os medicamentos de uso hospitalar são adquiridos por concursos públicos entre produtos genéricos, embora representem apenas 13,8% dos encargos suportados pelo SNS com medicamentos. O problema reside no mercado ambulatório do SNS, designadamente no receituário prescrito nos Centros de Saúde, que representa cerca de 75% da facturação do SNS (9).

4.4.3. Condicionamento do mercado

Já vimos que o mercado específico do SNS representa 60% do total das despesas com medicamentos. Actuar, portanto, sobre as despesas públicas com medicamentos, terá um impacte significativo no consumo, poderá contribuir decisivamente para racionalizar este importante sector da Saúde e representará um passo importante para a contenção das despesas de Saúde (públicas e privadas):

- no caso português, a criação de um formulário terapêutico nacional para o receituário “ambulatório” do SNS parece-nos uma medida indispensável, que permitirá excluir de participações, um número significativo de produtos farmacêuticos. Tal formulário deverá ser de cumprimento imperativo por parte de todos os prestadores no âmbito da sua actuação dentro do SNS e revisto e actualizado todos os anos;

- do mesmo modo, os hospitais públicos deverão manter actualizados os seus formulários terapêuticos baseados nos nomes genéricos dos medicamentos, como está previsto e muito hospitais praticam, devendo as respectivas Comissões de Farmácia e Terapêutica ver reforçadas as suas competências em matéria de farmacovigilância interna, autorização de introdução de novos fármacos nos formulários e definição de restrições à prescrição de alguns medicamentos. Deverão, simultaneamente, conduzir programas internos de avaliação e garantia da qualidade no uso de fármacos, designadamente quanto aos citostáticos e aos antibióticos;
- a comparticipação do SNS nas despesas com medicamentos deverá ser apenas aplicável às prescrições realizadas no âmbito de actuação do subsistema público de Saúde (Serviços públicos ou privados que contratualizem com o financiador público).

4.4.4. Condicionamento dos prescritores

A actuação ao nível dos prescritores é, a nosso ver, a que poderá ter um impacte mais visível na racionalização dos consumos e na contenção das despesas.

Desde logo mudando a cultura dominante no Sistema, passando do atendimento pontual, para diagnóstico e tratamento, para uma actuação clínica que vise a manutenção da saúde e programe a gestão dos cuidados. Neste modelo, será possível substituir, com múltiplas vantagens, hábitos instalados de prescrição, por uma conduta médica de acompanhamento constante da saúde dos cidadãos, aumentando a frequência de visitas mas diminuindo o número de receitas médicas.

De forma directa, a definição de orçamento para medicamentos em ambulatório, por prescriptor, ainda que a título indicativo será, estamos certos, a medida mais eficaz, desde que assente em duas condições prévias:

- a) a negociação com a Ordem dos Médicos, para a definição de tectos orçamentais, de acordo com as características da população;
- b) a existência de mecanismos independentes e consensualmente reconhecidos de avaliação e garantia de qualidade das prescrições de medicamentos;

4.4.5 Conclusão

Não há dúvida de que se tem de reforçar a intervenção pública quanto ao mercado dos produtos farmacêuticos. Essa intervenção deve basear-se em dois vectores essenciais:

- garantir a segurança e a eficácia na utilização do medicamento;
- conter as despesas públicas com medicamentos.

Tais objectivos serão mais eficazmente atingidos se se adoptarem medidas do lado da oferta (indústria, organização dos cuidados e prescritores) que priorizem a contenção na variedade e volume dos medicamentos prescritos. Os cidadãos já desenvolvem um esforço financeiro importante na partilha dos custos, pelo que seria politicamente insustentável e socialmente iníquo que os doentes sofressem aumentos de encargos com a sua saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. OECD. OECD Health Data, 1996. Paris, 1997
2. WHO – European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. 1996 (Preliminary version) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
3. Gouveia, Miguel – Política de Saúde. *In* Estratégias de Reforma do Estado-Providência. Forum de Administradores de Empresas. Lisboa, 1997
4. Sam, A. – Inequality Reexamined, 1992. Cambridge. Mass. Harvard University Press
5. Pereira, J. – WHO fund for health care, 1980-1990 *in* As reformas dos Sistemas de Saúde. APES – Lisboa, 1996
6. Universidade Católica – Público – Antena Um. Sondagem sobre os serviços públicos de saúde. PÚBLICO, 23 de Março de 1997
7. Veloso, A.B. – Reflexões à cerca do currículo em Medicina Interna. Acta Médica Portuguesa, 6, 1993
8. The Goals of Medicine – Setting New Priorities - Hastings Center Report (Special Supplement), Nov. Dec., 1996
9. Ministério da Saúde. IGIF – “Serviço Nacional de Saúde – receitas e despesas, 1994-1995”, 1997
10. Delgado, Manuel – A Privatização de Serviços de Saúde em Portugal. Revista Portuguesa de Gestão, III – XIV, 1994
11. DEPS – Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital. Relatório Final. Lisboa, 1997
12. APAH – Centros de Responsabilidade (Documento enviado ao Ministro da Saúde) – Gestão Hospitalar, 26/27, 1993
13. Ham, Chris – The new National Health Service. Organization and Management. National Association of Health Authorities and Trusts (NAHAT). Oxford, 1993
14. Gore, Al – da burocracia à eficácia – reinventar a Administração Pública (relatório sobre o estado da Administração Pública Americana, sob a direcção do Vice-Presidente Al Gore. Quetzal Editores. Lisboa, 1996
15. Saltman, R. Thinking about planned markets and fixed budgets. *In*: Fixing health budgets. Experience from Europe and North America. 1996. John Wiley Sons. Chichester. England
16. Lucena, Diogo de, et al – Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal. Ministério da Saúde. DEPS, 1995

17. Urbano, J. e Bentes, Margarida – Definição da Produção do Hospital: os Grupos de Diagnóstico Homogêneos. Conferência sobre financiamento e gestão de serviços hospitalares, 1988
18. Escoval, Ana – Sistemas de Financiamento da Saúde. Análise e Tendências. Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais. ISCTE. Lisboa, 1997
19. Barros, Pedro Pita – Eficiência e modo de pagamento aos Hospitais – APES. Documento de Trabalho 3/97, 1997
20. Silva, Emilia A. – O estado das participações. I Jornadas INFARMED. Ministério da Saúde, 1997
21. Moreira, José Manuel – Como curar o nosso Sistema de Saúde: realidade e utopia. BROTÉRIA, 145(1): 7-25, 1997
22. INFARMED – “Informação estatística 1996”. Ministério da Saúde, 1997
23. Martins, Manuel Víctor, et al – A Indústria Farmacêutica em Portugal. Evolução, problemas e perspectivas. CISEP. ISEG, 1997

5. SÍNTESE DAS RECOMENDAÇÕES PARA UMA REFORMA ESTRUTURAL, Propostas apresentadas ao longo deste documento de análise e reflexão

I – No Plano Geral

1. A reforma estrutural do Sistema de Saúde Português (SSP) deve ser **gradual** e **evolutiva** em direcção aos seus grandes **objectivos**, com ampla participação dos cidadãos.
2. A definição das **estratégias** que permitam atingir os grandes objectivos da reforma deve ser precedida por um amplo **debate nacional**, promovido pelo Governo, focado sobre as propostas concretas e fundamentadas deste documento.
3. A introdução de **medidas concretas** para o desenvolvimento das estratégias deve ser sempre negociada em **diálogo activo** com os representantes das funções que actuam no SSP: modelação, financiamento, prestação e utilização integrada.
4. Este diálogo activo deve acontecer no Conselho Nacional de Saúde, a criar.
5. A política geral de saúde estabelecida com esta metodologia deve constituir um **acordo de regime para a saúde** que vincula os intervenientes no plano político e social.
6. A reforma estrutural da saúde, pressupõe uma **reforma fiscal**, em ordem à justiça tributária, e uma reforma do processo administrativo que aproxime os serviços dos cidadãos.

1. II – Com Objectivo Estruturante

1. O financiamento das despesas públicas de saúde, de base essencialmente solidária, deve ser processado por um **Instituto Público Autónomo**, que administra um Fundo Nacional para a Saúde, com base num **Seguro Público Obrigatório**.
2. O Governo deverá **retirar-se, progressivamente**, da intervenção directa nas estruturas prestadoras de cuidados de saúde, **reservando-se**, cada vez mais, para as áreas de **planificação, modelação, regulação, e avaliação** do SSP, nas suas vertentes pública e privada.
3. Todo o Sistema de Saúde Português será **informatizado** e **constituído em rede nacional – Intranet** -, que ligará entre si todos os intervenientes no SSP: Instituto Financiador, todos os tipos de prestadores e os utilizadores, pelas suas estruturas de integração.

III – Com Objectivo Operacional

1. As Escolas de Medicina, a Ordem dos Médicos e outras instituições, deverão criar condições específicas para que seja dada informação e formação, pré e pós-

- graduada, em economia e gestão dos cuidados de saúde, avaliação da qualidade, bioética e direito da Medicina.
2. As Escolas de Medicina, a Ordem dos Médicos e outras instituições devem preparar os estudantes e os médicos para o respeito escrupuloso pelos direitos da pessoa doente.
 3. As Escolas Superiores de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros e outras instituições deverão criar as condições específicas para que seja ampliada a informação e a formação, pré e pós-graduada, em economia e gestão dos cuidados de saúde, avaliação da qualidade, direito bio-médico. Devem, ainda, preparar os estudantes e os enfermeiros para o respeito escrupuloso pelos direitos da pessoa doente.
 4. As Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde deverão dar aos estudantes informações e formação em economia e gestão dos cuidados de saúde, avaliação de qualidade, bioética e direito bio-médico. Devem, ainda, prepará-los para o respeito escrupuloso pelos direitos da pessoa doente.
 5. O Governo deve tomar todas as medidas que possibilitem a formação de maior número de enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica.
 6. O Governo deverá negociar com as organizações representativas dos profissionais da saúde – médicos, enfermeiros e técnicos – programas de formação contínua pós-graduada.
 7. O Governo deve analisar atentamente todo o processo de formação na área das profissões da saúde de modo a poder dispor em tempo útil, dos profissionais em que há carências, nomeadamente enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica.
 8. O Governo deve reforçar, dentro do Sistema de Saúde Português, os valores da universalidade e generalidade na cobertura, da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento.
 9. O Governo deve orientar o Sistema de Saúde Português para os seus utilizadores, na definição das políticas, no planeamento e na distribuição dos recursos, na organização e funcionamento dos serviços e nos processos de prestação dos cuidados.
 10. O Governo deve fomentar e tornar imperativo o princípio da responsabilidade na prestação de cuidados de saúde e na sua utilização, designadamente nas vertentes da ética, da deontologia, da adequação, da qualidade e da eficiência.
 11. O Governo deve fazer evoluir gradualmente o Sistema de Saúde Português para um modelo global de cuidados racionalizados, centrados no Clínico-Geral –

Médico de Família, como Médico Assistente, privilegiando a intervenção precoce e garantindo a integração e continuidade dos cuidados.

12. O Governo deve concentrar recursos para ampliar a criação de alternativas, técnica e humanamente adequadas, para os doentes de evolução prolongada e, em particular, para os idosos.
13. É necessário definir uma política de financiamento para a saúde que contribua para tornar mais eficiente a gestão dos recursos. Mais do que criar fontes adicionais ou alternativas de financiamento, a intervenção deve centrar-se na forma como os recursos são recolhidos e posteriormente distribuídos.
14. Devem ser criadas condições de transparência que propiciem uma concorrência efectiva entre prestadores públicos e privados face a um financiamento público da saúde, designadamente no que diz respeito à prestação de cuidados secundários ou de natureza hospitalar.
15. O estatuto remuneratório dos profissionais de saúde deverá aproximar-se do modelo capicional para os Clínicos Gerais e prever incentivos que estimulem, para todos os prestadores, a produtividade e a qualidade.
16. O Sistema e as suas instituições devem ser geridos com base numa nova filosofia da administração pública que descentralize responsabilidades, flexibilize os modelos de gestão e oriente as decisões para os utilizadores.
17. Em cuidados continuados deve estimular-se a sinergia público-privado, através do desenvolvimento de medidas que favoreçam a iniciativa privada com financiamento através do Fundo Nacional de Saúde.
18. O Governo deve apreciar o Sistema de Saúde Português de forma global e permanente, em todas as suas vertentes, para corrigir desvios e melhorar as opções, ou seja, aprendendo e evoluindo com os resultados obtidos em cada fase do processo de reforma.

BIBLIOGRAFIA GERAL

É muito vasta a bibliografia recente sobre as questões levantadas pelas reformas dos sistemas de saúde.

Para além das referências bibliográficas feitas no corpo do relatório citam-se seguidamente os textos principais usados pelo CRES para a reflexão geral sobre este tema.

- Abel-Smith, Brian – An Overview of Health Care Reform in Europe – Health Care Reforms and the Role of the Pharmaceutical Industry. Proceedings of a European Workshop. England, 1994
- Abel-Smith, Brian – Cost containment and new priorities in the European Community. The Milbank Quarterly. 70(3), 1992
- Abel-Smith, Brian – The control of health care costs and health reform in the European Community. As Reformas dos Sistemas de Saúde. APES, Lisboa, 1996.
- Antunes, Manuel José – A medicina hospitalar em Portugal: realidades, mitos, esperanças. *In* Seminário “Portugal – novos desafios”. Cineforum do Funchal, 1992
- Barros, Pedro Pita, et al – Private vs. Public Insurance: a financing dilemma ? – *In*: Encontros de Economia da Saúde. Coimbra, 1994
- Barros, Pedro Pita, et al – From public to private health insurance: What the taxman shouldn't do. As Reformas dos Sistemas de Saúde. APES, Lisboa, 1996.
- Bentes, Margarida, et al – A utilidade da informação de rotina na avaliação da qualidade: o contributo dos GDHs – As Reformas dos Sistemas de Saúde. APES, Lisboa, 1996
- Bentes, Maria da Luz Gonçalves; Tranquada, Suzete; Urbano João. A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento Hospitalar. Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, nº 33, Ano XI; Dezembro 96/Janeiro/97
- Besley, J. and Gouveia, Miguel – Alternative Systems of Health Care Provision (preliminary draft of a paper prepared for the Economic Policy Panel. Meeting held in Athens), Abril, 1994
- Campos, A. Correia de – Administrar Saúde em Escassez de Recursos. X Jornadas de Administração Hospitalar. Lisboa, 1997
- Campos, A. Correia de – Competição Gerida – Contributos para um debate indispensável. Management Forum, APAH NERLIS. Lisboa, 1993
- Campos, António Correia de – Yellow light at the crossroads: wait for green or cross on yellow. Uncertainties about the future of the Portuguese NHS. APES. Documento de Trabalho 3/96. 1996
- Carapinheiro, Graça – Poderes e saberes nos Hospitais. Dissertação de Doutoramento, ISCTE. Lisboa, 1994
- Carapinheiro, Graça; Lopes, Moémia M. - Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses - estudo socioprático de âmbito nacional; Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1996.
- Carvalho, G.I. e Santos, L. – Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. Editora HULCITEC. S. Paulo, 1992

- Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências – Relatório sobre a Reestruturação das Urgências. Ministério da Saúde, 1996
- Culyer, A.J. – Health, health expenditures and equity. *In* Equity in the finance and deliverings of health care. An International perspective. Oxford, 1993
- Culyer, Tony – The impact of health economics on public policy. APES. Documento de Trabalho 1/96, 1996
- Delgado, Manuel – A Privatização de Serviços de Saúde em Portugal, *Revista Portuguesa de Gestão*, nº III/IV, 1994
- Delgado, Manuel – Centros de Responsabilidade. *Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*, nº 26, Janeiro/Julho 1993
- Enthoven, A. – Reflections on the management of the NHS. London: Nuffield Trust, 1985
- Frenk, J. – The new Public Health.*In*: The crisis of public ; reflections for the debate. 1992. Washington, AHO
- Fundacion Libertad y Desarrollo. Private Solutions to Public Problems. The Chilean Experience. Editor Cristian Larroulet. Santiago de Chile, 1993
- Giraldes, Maria do Rosário - Caracterização dos principais recursos humanos de saúde em Portugal - sua evolução de curto prazo e dificuldades na respectiva distribuição. “*Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 13, nº 3, Julho/Setembro/95.
- Glennister, H. – Fixed budgets for Fundholding General Practitioners in the U.K. *In*: Fixing Health Budgets. Experience from Europa and North America. John Wiley & Sons, 1996. Chichester, England
- Goodman, J-C. and Musgrave, G.L. – Patient Power. Solving American’s Health Care Crisis. CATO Institute, Washington, D.C., 1994
- Hermans, B. and Nooren J. – Managing under changing conditions. Contracting and the purchaser – provider split in Western Europe. Organizational Analysis. EHMA, 31th Annual Conference, 1997. Scheweningen. The Hague, the Netherlands
- Hoffmeyer, Ullrich – Options in Health Care Reforme: The NERA Health Care Financing Study. *In*: Health Care Reforms and the Role of Pharmaceutical Industry. Proceedings of a European Workshop. England, 1994
- Houben, H. – The Changing Landscape of Healthcare Financing: Rethinking the funding of health care. *ODISSEY*, 3(1), 1997
- INFARMED – Medicamentos. As políticas nacionais face à internacionalização. 1^{as} Jornadas INFARMED. Ministério da Saúde, 1997
- Instituto Nacional de Estatística, Portugal - Estatísticas de Saúde 1994
- Jerôme – Forget, Monique – Internal Markets in theory and practice: the challenge to health care management. EHMA, 31th Annual Conference, 1997. Scheweningen, The Hague, the Netherlands
- Mateus, Céu – Vertical and Horizontal Equity in the Finance of Health Care Services: a comparative study of users charges in Denmark, Portugal and United Kingdon. APES. Documento de Trabalho 2/96. 1996
- Mendo, Paulo – Falando de Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa, 1995
- Mendo, Paulo – Sector público, sector privado nos cuidados essenciais – APES. *Boletim de Economia da Saúde* 3(1), 1989
- Ministério da Saúde - DEPS; Saúde em Portugal, 1994
- Ministério da Saúde - DEPS; Saúde em Portugal, 1995

- Ministério da Saúde - DRHS; Recursos Humanos da Saúde, 31 de Dezembro de 1995
- Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território - Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional. Alguns indicadores sobre o sector da Saúde em Portugal. 1980-1994. Lisboa, Março de 1996
- Nichol, Duncan – Pressures for Change – *in* Les mutations des systèmes de santé européens. Europe Blanche, XVIII, Madrid, 1996
- OECD – The Reforme of Health Care Systems. A review of seventeen OECD countries. Health Policy Studies nº 5, 1994
- Pereira, João – Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos. APES. Documento de Trabalho 1/93. 1993
- Pereira, João – Saúde e ambiente sócio-económico em Portugal. *Análise Social*, 26(110): 241-257, 1991
- Pinto, Alexandre de Sousa – A evolução da Clínica Geral. Do João Semana aos nossos dias. *BROTÉRIA*, 141(5-6), 1996
- Rationing Health Care. Scientific Editor R.J. Maxwell. *British Medical Bulletin*, Vol. 51(4), 1995
- Reis, Vasco Pinto – A Reforma dos Sistemas de Saúde. *Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*, nº 32, Ano X, Maio de 1996
- Rice, J.A. – New Health Planing Paradigms Require New Management Outlooks. *The Journal of Health Administration Education* 12(4), 1994
- Rice, T. – The impact of changing medicare reimbursement rates on physician – induced demand. *Medical Care*, 21, 1983
- Rochaix, L. – Adjustment mechanisms in physicians' Services Markets. 1991. Department of Economics. University of York, U.K.
- Roo, Aad de. – Contracting and solidarity. Market – oriented changes in Dutch health insurance schemes. 1995, Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Saltman, R. – Patient choice and patient empowerment in Northern European Health Systems: a conceptual framework. *International Journal of Health Services*, 24, 1974
- Saltman, R. and C, Van Otter – Implementing planed markets in health care. Balancing social and economic responsibility. 1995. Buckingham, Philadelphia
- Segade, Jean-Paul – Pour une réforme de l'administration hospitalière. *Gestions hospitalières*-Février, 1996. France
- Sharing the costs of health: a multi-country perspective. Edited by Nancy Mattison. *The Pharmaceutical Partners for Better Healthcare*. Basel, 1995
- Silva, M.C. Gomes – Um sistema misto de financiamento do sistema de saúde em Portugal? A pertinência da experiência dos Países Baixos. *As Reformas dos Sistemas de Saúde*. APES. Lisboa, 1996
- Stillfred, Dominik – Defining the Concepts of Solidarity and Competition in Health Care. *Symposium Internacional Concurrence et Solidarité. Quel équilibre dans les systèmes de santé en Europe*. Bruxelles, 1996
- Torres, Antero F. – Saúde para os Portugueses no ano 2000 – Por um sistema de saúde realista. Edição do autor. Porto, 1996
- Tribunal de Contas – Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, 1997
- WHO - 4th Meeting of european governement chief nurses and colaboration centres for nursing and midwifery. Copenhagen, OMS, Outubro, 1990

- WHO – A Charter for General Practice / Family Medicine in Europe. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1995
- WHO - Consultation of european nurse leaders “Health Care Reforms, Primary Health Care and Nursing” - 5th WHO meeting of government chief nurses of the european region Reykjavik, Iceland, April, 1996.
- WHO – Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative – WHO. Geneva, 1996
- WHO – From Hospital to Home Health Care. An alternative requiring careful planning. WHO-Project. Copenhagen, 1996
- WHO – Investing for Health. WHO Regional Office for Europe. RHN Conferences Series Number 3, 1996
- WHO, Canadian Public Health Association, Ottawa. Ottawa Charter on Health Promotion. An International Conference in Health Promotion. The move towards a new Public Health. 1986. WHO Genève
- WHO, Health Care Systems in Transition. Finland (Preliminary version). WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen, 1996

