

Revista Portuguesa de GESTÃO

FRANCISCO NUNES:

As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns Elementos Distintivos

ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS:

Administração de Serviços de Saúde: Gestão Estratégica e Competição Global

MARIA JOSÉ NOGUEIRA PINTO:

Sistemas de Saúde: A Reforma Portuguesa

MANUEL DELGADO:

A Privatização de Serviços de Saúde em Portugal

CARLOS COSTA:

Os DRGs (Diagnosis Related Groups) e a Gestão do Hospital

FRANCISCO RAMOS:

O Financiamento Público do Sistema de Saúde: Caridade do Estado ou à Busca da Eficiência?

DEBATE: Gestão dos Serviços de Saúde

Moderador: Revista Portuguesa de Gestão

Participantes: António Maria de Sá Leal, Francisco Ramos, Jureca Carapinha, Lopes Pereira, Manuel Delgado

COSTA PEREIRA:

Representações Sociais e Comunicação de Massas

RUI V. OLIVEIRA VIEIRA:

CBA - Clínica Baseada nas Atividades

MANUEL ALBERTO MARTINS FERREIRA:

Simulação de Varáveis Eleitorais: Método de Monte Carlo

YAO BING, QIU YONG, HAN ZITIAN AND LI HONGSHENG:

Learning School in a Repentant State: a case study

EDIÇÃO DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO ISCTE

APÓIO E COLABORAÇÃO



FORUM
DE ADMINISTRADORES
DE EMPRESAS



INIC
Instituto Nacional
de Investigação
Económica



INEG/ISCTE

GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Moderadores: Revista Portuguesa de Gestão

Participantes: - António Maria de Sá Leal*

- Francisco Ramos **

- Graça Carapinheiro ***

- Lopes Pereira ****

- Manuel Delgado *****

O financiamento, a organização e a gestão dos serviços de saúde é talvez uma das áreas mais complexas com que as nossas sociedades se confrontam. Os modelos nesta matéria oscilam entre a defesa intransigente do Estado Providência, que garante a saúde gratuita a todos os cidadãos, até à apologia do mais puro liberalismo, em que cada um é o único responsável pela sua saúde.

Se existe algum consenso neste campo, é sobre a constatação que nenhum país possui «UM BOM SISTEMA» de gestão da saúde. Aliás, a dimensão do problema e a sua complexidade estão bem patentes no recente falhanço do plano Clinton para a reorganização deste sector nos E.U.A..

Apesar da diversidade de opiniões expressas nesta mesa redonda, parece possível chegar a algumas conclusões gerais:

A primeira é que as dificuldades actuais existentes no nosso país, não são redutíveis à tradicional dicotomia público/privado e que os dois sistemas devem ser flexíveis e complementares.

Uma outra constatação é que se torna urgente criar um Sistema de Saúde que não seja «Hospitalocêntrico», como o é aquele que actualmente possuímos, mas sim investir em serviços de saúde próximos das comunidades de residência ou de trabalho.

* Médico; Director dos Serviços de Saúde da TAP.

** Assistente da Escola Nacional de Saúde Pública; Universidade Nova de Lisboa.

*** Doutorada em Sociologia na área da Saúde; Docente do ISCTE.

**** Director Geral da Companhia de Seguros OCIDENTAL.

***** Ass. Administradores Hospitalares.

Por último, no que se refere à gestão propriamente dita, as particularidades organizacionais desta área exigem que se faça um grande esforço nos sistemas de informação de gestão que permitam fornecer aos profissionais de saúde o máximo de feed-back sobre as suas actividades.

APRESENTAÇÃO:

Luís Reto:

Este tipo de iniciativa foi uma ideia que introduzimos no ano passado na REVISTA PORTUGUESA DE GESTÃO, devido ao facto dos gestores não terem muito tempo para ler. Como podem constatar, os artigos que publicamos são na sua maior parte mais académicos do que artigos de divulgação. Pensámos por isso que esta seria uma maneira de aligeirar a Revista, principalmente quando temos um número temático, como este, em que vai ser editada esta mesa redonda, que é quase todo dedicado à «Gestão dos Serviços de Saúde». Dito isto, não significa que as mesas redondas não sejam mais profundas que os artigos, mas são simultaneamente uma oportunidade de diversificar a colaboração.

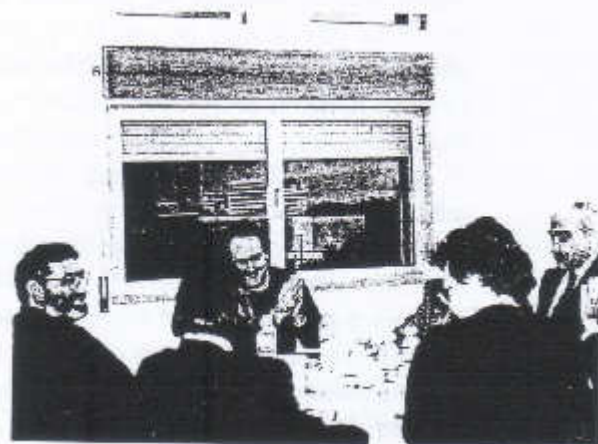
Até ao momento, já efectuámos duas mesas redondas na Revista: uma dedicada à «Gestão dos Recursos Humanos» – N.º. III-IV/93 e outra sobre «Reengenharia Empresarial» – N.º. I/94.

Portanto, a ideia desta mesa redonda tem como objectivo os intervenientes falarem informalmente à volta deste tema da «Gestão dos Serviços de Saúde».

Eu não tenho propriamente perguntas a fazer, pois preferia colocar aqui alguns temas para reflexão a partir das experiências que cada um tem, como interveniente a diversos níveis; isto é, como médicos, gestores de serviços de saúde, ou responsáveis de companhias de seguros e investigadores como é o caso da Dr.ª. Graça Carapinheiro, que estando fora deste meio, tem a distância do analista.

A primeira questão seria saber, com base nos conhecimentos que cada um tem dos serviços de saúde, como é que se podia explicar o facto de as despesas dos serviços de saúde aumentarem exponencialmente em todo o mundo. No fundo, a minha questão é saber se isto se deve realmente à

especificidade das organizações de saúde, ou à impossibilidade de fazer uma gestão eficiente devido à especificidade desses serviços? De facto o que se pretende saber é como racionalizar os serviços de saúde, ou se é possível racionalizar os serviços de saúde, de forma a que eles sejam mais baratos e se não se puder fazer isso, quais são as grandes dimensões que impedem a hipótese de gerir mais racionalmente o sistema.



António Maria de Sá Leal:

Eu entendo que a primeira coisa a fazer é retirar a discussão do terreno público/privado, porque acho que esta é uma falsa questão desde há longos anos apesar de estar muito na moda, pois há a opinião generalizada de que se se privatiza vai ser bom, mas se é público é mau. Porém isto é falso.

Pelo facto de eu ser médico, preferia abordar o problema a partir da realidade, uma realidade perfeitamente cumezinha em que as pessoas, por razões de ordem vária, deixam de ter saúde estando a sua origem na sua vivência profissional, na sua vivência social, no lazer, na actividade doméstica, no desporto. Ou seja, há um variado número de

situações que coloca a pessoa perante uma situação de não-saúde. Sob esse ponto de vista importa ver quais os mecanismos que existem na sociedade para resolver este problema. Dentro das situações de não-saúde, há duas que eu penso que são fundamentais: os deficientes e os velhos, porque são situações, que não sendo de patologia no sentido clássico do termo, são duas situações de debilidade das pessoas, pois o processo de envelhecimento é um processo natural, mas onde uma série de performances estão francamente diminuídas e sob esse ponto de vista necessitam de cuidados, alguns de saúde e outros não, mas muito próximo deles. Este é um dos aspectos, sendo o segundo a resposta à questão de quem deve assumir a responsabilidade da resolução destes problemas. Embora seja uma generalidade, uma banalidade, temos que assumir inequivocamente que o próprio é o primeiro e principal responsável pela manutenção da sua saúde. Simplesmente, dada a complexidade do ser humano, como de tudo na vida, este não dispõe de auto-conhecimentos e de saberes próprios para se auto-gerir e para resolver todos os seus problemas, o que significa que têm que existir instituições e mecanismos para resolver estes problemas e é aí que começam os problemas/discussões.

Aqui gostaria de dizer em primeiro lugar, que cada vez mais a tendência terá que partir da responsabilidade do indivíduo, da comunidade que lhe está mais chegada, isto pressupõe a família, e segundo da solidariedade da comunidade e das instituições especificamente de saúde, **portanto tendo que a maior parte dos problemas que se colocam hoje na saúde, na ordem dos 90%, se podem resolver num contexto muito próximo do lugar onde a pessoa habita, ou trabalha, ou no contexto da comunidade, ou seja, no sítio onde as coisas ocorrem, e que mesmo que as situações aconteçam fora daí, a tendência deverá ser para as resolver preferencialmente nesses contextos, o que significa a rejeição liminar da tendência actual hospitalocêntrica, ou seja, da clássica divisão de cuidados primários, secundários, terciários, etc., que é muito cara a uma série de grandes eminências da nossa praça.** Sob este ponto de vista, eu defendo que o paradigma novo deve ser o da junção de cuidados primários e diferenciados, que devem estar organizados em custos específicos, bem distantes das

instituições prestadoras de cuidados altamente diferenciados.

Desta forma, é possível baixar o custo das despesas de saúde.

Se cumulativamente houver uma partilha da responsabilidade desses mesmos custos encontraremos uma primeira aproximação prática, concreta e realista que não tem nada a ver com a dicotomia público/privado ou entre o serviço nacional de saúde e os hospitais, pois como já referi, para além de ser uma falsa questão, é um poderoso alibi que obsta a uma nova maneira de ver esta questão. Assim, penso que a comunidade e os familiares são, com o próprio, os co-responsáveis pela saúde de cada um e de todos.

Temos todavia de precisar os mecanismos de financiamento, saber qual é a quota parte de cada uma dessas entidades no pagamento dos custos para os quais, já vimos há pouco, não existirem meios de auto-suficiência, muito em especial tendo em conta a evolução tecnológica, posta à disposição dos profissionais de saúde e que constituem meios legítimos para criar cada vez mais o bem-estar. Quanto a este ponto, defendo também que os cuidados de saúde primários e secundários (diferenciados) não devem estar separados mas sim unidos e ligados, porém bem separados e «longe» de hospitais para não criar «confusões». Todo o sistema de saúde centrado nos hospitais constitui uma opção por uma estrutura que é pesada, anacrónica, onde os custos fixos são enormes e que têm de ser distribuídos por uma série de gente que não utiliza ou não deveria utilizar cuidados de saúde a preços/custos tão elevados e que na realidade não tem obrigação nenhuma de pagar, já que não tem culpa das más opções tomadas. Além disso, penso que, relativamente ao aspecto meramente técnico, a qualidade da prestação de cuidados de saúde beneficiaria muito com a integração dos cuidados primários e diferenciados.

Nós tivemos oportunidade, por gentileza da Companhia de Seguros Ocidental e por iniciativa nossa de estar na Holanda e na Secção de Planeamento Central do Ministério de Saúde francês e constatámos coisas muito curiosas, quer no terreno, quer nas pessoas que planificam, porque os custos indirectos, ou seja, a falta de comunicação com os médicos comunitários pelo facto de o sistema ser hospitalocêntrico, é de tal maneira

difícil que é ineficaz no tratamento da pessoa. Isto é, para eu ter um exame demoro dias ou mesmo meses, o que significa má qualidade, agravamento da situação, um não controlo ou paragem da evolução da situação na altura devida, etc., o que é um problema que os centros mais sofisticados não conseguem resolver, por uma razão que para mim é muito simples, que é o facto de estarem distantes e porque se criaram culturas completamente diferentes e estúpidas em que os «senhores dos hospitais» são altamente competentes e diferenciados e as pessoas que tratam os doentes todos os dias e que tratam 90% da população e das situações, são pouco competentes.

Eu penso que, sob ponto de vista estratégico na abordagem da saúde, temos que abandonar os paradigmas da prevenção, de medicina preventiva tal como é concebida hoje pela saúde pública, pelo público e pelos políticos e de todas essas coisas, que são também para mim perfeitamente anacrónicas. Defendo que tem de haver uma medicina predictiva. O mesmo é dizer que, perante a existência de 2 ou 3 sinais ou sintomas anunciantes da probabilidade de que a manifestação de uma doença ou uma situação se instale, a equipa de saúde/«gestores da saúde» deverá intervir. Esta é a grande estratégia de acção, porque é mais barata, ou seja, é aquela em que não andamos à procura de coisas que não sabemos e que portanto, são «tiros no escuro», como os check-up's, essas campanhas que nós sabemos que custam milhões e em que, passados 6 meses volta tudo ao mesmo apanágio das ortodoxas intervenções da saúde pública, ou situações onde é tudo muito tarde, está tudo muito distante e as pessoas quando chegam aos locais de assistência, já tiveram que andar 3 ou 4 meses a fazer exames, não se sabe onde.

Portanto, o que é lógico é que existam locais e centros ambulatoriais onde se possam resolver 80 a 90% das situações, perto das comunidades, onde seja fácil co-responsabilizar os próprios, a família e a sociedade na resolução desses problemas e que a estratégia seja predictiva, ou seja, há determinadas situações clínicas em que ao conhecerem-se 3 ou 4 sinais ou sintomas se sabe, com grande probabilidade que a pessoa vai contrair determinada patologia ou vai ter manifestações clínicas dessa patologia e essa deve ser a estratégia de intervenção, o mesmo é dizer que se rejeitam os check-up's globais,

se rejeitam as campanhas que não sejam dirigidas e profundamente assentes em coisas das quais se saiba do que é que se está a falar, como por exemplo a prevenção contra o cancro onde é possível fazer uma cartilha de dez alterações, predictivas do seu aparecimento e que vão no sentido da possível instalação de uma doença maligna e rejeitando a propaganda sobre os malefícios do tabaco que é algo bastante diferente.

Luís Reto:

Neste caso, a resposta do Dr. Sá Leal foi mais direccionada para uma posição estratégica do que para a organização dos serviços de saúde, essa é uma vertente, mas há muito mais.

Francisco Ramos:

Eu penso que não foi exposta uma questão mas, todas, ou quase; falou-se dos gastos, da razão pela qual aumentam os gastos, de qual é a responsabilidade dos serviços de saúde, da interligação entre saúde e cuidados de saúde, de quem deve financiar os cuidados de saúde, de como se organizam esses cuidados de saúde, que cuidados de saúde devem ser pagos, que cuidados de saúde devem ser fornecidos, por isso os temas estão todos lançados.

Luís Reto:

Reformulando o problema, temos uma questão que é a estratégia de como organizar os serviços de saúde, mas independentemente disso, há serviços de saúde a funcionar que deveriam ser reorganizados e a minha questão, neste momento concreto é saber se é possível ou não, mesmo com os serviços actuais embaratecer isso, ou o sistema está de tal maneira que, seja público ou privado, vai aumentar os custos exponencialmente e quais são as razões para que isso aconteça.

No fundo, os hospitais têm três custos básicos que são pessoal, hotelaria e farmácia/medicamentos. Nestas três componentes, como é que se podem diminuir os custos?

Francisco Ramos:

Razões para o aumento dos gastos, seja com financiamento público ou privado, com sistemas predominantemente públicos ou privados, etc., são comuns a todos os países e o que normalmente se

aponta para isso, são de facto questões humanas, nomeadamente, o envelhecimento da população. De uma forma mais abrangente, a prestação de serviços de cuidados de saúde tem evoluído de tal maneira, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população, numa primeira fase traduzida num aumento do número de anos de vida da população, que provocou o surgimento de problemas de saúde cada vez mais complicados e exigindo cada vez mais recursos e técnicas de prestação de cuidados mais sofisticados.

Numa linguagem simples, isto pode ser traduzido pela ideia da «pescadinha de rabo na boca», o que quer dizer que, quanto mais eficaz é a prestação de cuidados de saúde, logo tendo impacto na saúde da população, mais essa população exige cuidados mais complicados. Essa é provavelmente a principal razão para isto acontecer hoje, pelo menos na Europa.

Voltando ao início da questão, ou seja, o aumento das despesas e aumento da inflação na saúde, superior à da economia em geral, nomeadamente dos preços dos actos médicos, penso que as duas coisas estão exactamente associadas, pois esses actos médicos são tecnicamente cada vez mais complicados e sofisticados, logo requerem um volume de recursos cada vez maior e naturalmente, mais caro.

Na minha opinião, estas são as razões para o aumento dos gastos de saúde.

Luís Reto:

Mas não há aí problemas de eficiência? Não existe possibilidade da sua gestão tornar o sistema mais eficiente?

Francisco Ramos:

Há concerteza problemas de eficiência. O aumento dos gastos não se deve apenas a problemas de eficiência, porque há razões concretas e perfeitamente justificadas que levam a esse aumento. Falando sobre problemas de eficiência, faz sentido a questão da combinação público/privado, mas há também outra questão que eu lanço agora para a mesa, que é olhar a prestação de cuidados de saúde hoje como sendo um sector económico como qualquer outro, como uma «indústria», ou seja, olhar para a prestação de cuidados de saúde cada vez menos como um sector «social», com a carga

negativa que a palavra «social» tem sob o ponto de vista de produção de um serviço, porque a realidade mostra-nos cada vez mais que a produção dos cuidados de saúde é uma actividade económica como outra qualquer e é como tal que tem que ser encarada. Portanto, à luz disto, temos questões como o financiamento e a forma como se olha para os cuidados de saúde como pontos também relativamente importantes.

Em relação ao que o Dr. Sá Leal disse, eu gostaria de fazer um comentário relativo à responsabilização de um indivíduo pela saúde, que é, do meu ponto de vista, uma frase bonita, rigorosamente verdadeira, porém há que fazer a ponte e a distinção que existe entre o que é saúde e o que são cuidados de saúde. Hoje em dia, é já evidente que se quisermos melhorar a nossa saúde, não o fazemos apenas com cuidados de saúde. Eu sou responsável pela minha saúde e por isso recorro ao consumo de cuidados de saúde, cuja organização não é da minha responsabilidade. Desta forma, discordo completamente do facto de se dizer que a manutenção da minha saúde é da minha responsabilidade, logo eu também tenho que pagar, no acto, os cuidados médicos de saúde. A minha saúde melhora certamente se eu tiver por exemplo, boas auto-estradas, boa educação, etc. e por tal eu pago impostos. Assim, porque não podem haver cuidados de saúde financiados pelos impostos?

Manuel Delgado:

Não queria repetir, mas de facto a pergunta posta dessa maneira, ou seja, das despesas estarem a aumentar e saber quais são as causas para isso, eu começaria logo por dizer que as despesas já aumentaram mais do que o que aumentam hoje. Os números mostram isso, pois em muitos países da Europa, entre as décadas de 60 e 80 houve uma duplicação da percentagem do PIB. Em termos de média dos países europeus, gastava-se em 60, 3,7% do PIB em saúde e em 80, gastava-se 7% do PIB.

Francisco Ramos:

Na década de 60, o crescimento dos gastos em saúde foi 41% superior ao da economia em geral, na década de 70, 22%, e na década de 80, foram 9% isto nos países da OCDE. Ou seja, a saúde sempre cresceu mais que a economia em geral mas de facto cada vez a um ritmo menor.

Luís Reto:

Esse salto também se deve ter dado porque entraram mais pessoas no sistema, não é?

Lopes Pereira:

Há sempre uma tentação de se extrair conclusões, isoladamente, conduzindo a uma generalização errada, mas no fundo será indispensável vislumbrar todo o cenário e o contexto onde se inseriram esses dados. Quem conheceu Portugal na década de 50 ou 60, sabe que as pessoas mal dispunham de hospitais ou posses para ir a um médico particular, sobretudo porque ao longo do país as carências eram enormes em todos os domínios. Também se morria mais à nascença e por isso penso que não se deverá discutir o problema da saúde em 1995, baseando isso em estatísticas com quase 50 anos. São universos diferentes, felizmente, se bem que a questão de fundo subsista quanto à problemática de um Sistema Nacional «para a Saúde» com uma filosofia que, à partida, deveria garantir a universalidade da prestação dos cuidados médicos.

Francisco Ramos:

Mas a questão não é só portuguesa, é geral e há uma associação económica que mostra que os gastos em sectores sociais acompanham o desenvolvimento económico.

Manuel Delgado:

O facto é que estes números explicam determinadas estratégias que foram seguidas pelos países europeus, por exemplo e neste caso o que aconteceu foi que houve uma fase inicial caracterizada por uma procura da eliminação de barreiras ao acesso e da indiscriminação do acesso, que eu penso que teve aspectos positivos que entre nós são óbvios, pois havia políticas, sistemas políticos e partidos com uma determinada orientação política que imprimiram em determinados países da Europa nesses períodos em relação à saúde, políticas muito socializantes.

Lopes Pereira:

É a época dos Serviços Nacionais de Saúde por excelência e que marcaram os esquemas implantados na Inglaterra e França. Sem perder de vista o grande tema aqui em debate sobre o crescimento

e controle das despesas de saúde, fica já um apontamento sobre esses modelos no que respeita às inúmeras alterações que sofreram, por vicissitude exactamente dos custos e da incapacidade de prestarem o serviço universal em moldes adequados às necessidades crescentes das populações.

Manuel Delgado:

Bom, mas isso foi uma política mais ou menos generalizada. A partir da década de 80, exactamente com o problema que nós estamos aqui a ver, entrou-se de facto numa política diferente que foi uma política de procurar aumentar as eficiências dos recursos disponíveis. Talvez uma política que nós ainda não conseguimos seguir e isso tem a ver com a questão da política salarial. Achei muita graça à questão da estrutura de custos e de querer saber onde é que se pode cortar nos custos e aí talvez só se possa cortar no pessoal, obviamente, mas aqui tem que se saber como.

Luís Reto:

Ou na indústria farmacêutica?

Francisco Ramos:

Pode-se também fazer a abordagem deste problema de outra maneira, por função e não por natureza, ou seja, analisar-se os gastos em internamento, no ambulatório, em tecnologia e na função hoteleira propriamente dita, então penso que as coisas mudaram e muito, mesmo nos hospitais portugueses.

Manuel Delgado:

Bom, mas eu queria voltar atrás, porque de um bom diagnóstico nascem soluções mais avisadas e mais esclarecidas.

As despesas aumentam e algumas das razões já foram aqui invocadas, por razões que transcendem os próprios centros de saúde, porém, não foi aqui falado um aspecto também importante que é a questão da matriz familiar, ou seja, as famílias muito mais reduzidas em número, que exigem muito mais cuidados de saúde ou a exigência de mais protecção dos sistemas de saúde às pessoas que vivem sozinhas ou isoladas. Existe a própria iatrogénese dos próprios elementos científico e tecnológico. Por exemplo, nasce um bebé e enquanto que anti-

gamente morria, hoje vive, mas vive não se sabe quantos anos à custa do sistema de saúde e aqui temos os incapacitados, a que se junta também o problema dos idosos, etc.. Depois há de facto questões de natureza interna aos sistemas de saúde e uma delas tem a ver com uma coisa que não podemos ultrapassar que é haver por parte das pessoas uma postura muito pouco esclarecida perante o prestador e perante o mercado, que resulta da própria ansiedade e subjugação do cidadão em relação aos prestadores, ou seja, se o prestador diz para a pessoa fazer um determinado exame e pagar tanto, mas que ela vai ficar boa, a pessoa paga. Aliás, devemos reparar que em Portugal, a irracionalidade dos preços, quer dizer, ao contrário dos outros mercados onde vamos e se têm preços mais ou menos proporcionais ao esforço produtivo, na saúde podemos ter preços aleatórios e muito pouco relacionados com o esforço produtivo e eu diria que há profissionais na área da saúde que ganham muito dinheiro, embora choque o facto de se ter lucros na saúde, pois é uma área social, que aparentemente não os deveria ter. Portanto, também por aqui podemos ver aspectos que têm a ver com o desencadear das despesas. Por outro lado, ainda dentro do sistema, temos a pouca racionalidade médica e isto, a meu ver significa que nem os médicos, nem os outros prestadores de cuidados, estão preparados, quer psicológica, quer tecnicamente, para ter uma postura de opções de custo/benefício, como por exemplo: eu faço isto, custa-me tanto este antibiótico, outro antibiótico mais barato podia ter a mesma eficácia; porém, o médico geralmente não raciocina nestes termos, mas sim em função daquilo que aprendeu a fazer, sem nunca fazer estudos comparativos. Em Portugal isto ainda não se faz, mas é uma questão cultural que temos que ultrapassar, pois noutros países já se tem ultrapassado em parte.

É aqui que nasce a pressão da indústria e aqui vem a propósito o que há pouco se disse, ou seja, que temos que encarar a saúde como área económica e já existe quem encare isso dessa forma. A indústria pressiona e muito os prestadores, definindo e comandando muitas vezes o tipo de prestação e as opções tecnológicas que se fazem, quer em termos de equipamentos médicos, quer

em termos de medicamentos ministrados. Não estou a dizer que o médico é levado ou enganado, mas a cultura médica é muito mais sensível a esta pressão do que à pressão por exemplo de um gestor que tenta falar ao ouvido do médico sobre as questões da produtividade ou da eficiência.

Temos depois as questões do excesso de burocracia que geralmente os sistemas de saúde têm designadamente aqueles que assentam num serviço estatizado de saúde em que não há competição, não há flexibilidade e tudo é muito burocratizado, há carreiras verticalizadas e muito triangulares em que para haver determinados médicos tem que haver um chefe e ao chegarmos aos hospitais, temos os quadros «engordados» de gente por todo o lado.

Para finalizar, temos também uma coisa que em Portugal ainda não entrou muito, mas que também vai ter essa desgraça, que é o problema da medicina defensiva, ou seja, a certa altura eu posso criar nas pessoas o espírito de que os médicos são todos maus e então crio condições para que se transfira para o poder judicial toda uma série de questões que têm aspectos meramente técnicos para resolver. Aqui começa outra indústria a polvilhar ao lado desta que também vai «comer» dinheiro.

Luís Reto:

Eu proponho fazer aqui uma divisão entre o tema que já foi lançado e que eu deixava para ser tratado a seguir, que é o da distinção entre público e privado e a questão dos actores e do sistema de pessoal dentro dos hospitais e, na sequência disto, pedia à Dr.^a Graça Carapinheiro que nos dissesse o que é que, em termos da sua investigação, já que existe literatura organizacional abundante sobre isso, como por exemplo, se pegarmos no Mintzberg, sobre as burocracias profissionais e se pegarmos no Karl Viek, temos uma noção de sistemas imperfeitamente conectados. Esta literatura organizacional diz que estas organizações são específicas e como tal não podem ser geridas como as outras, portanto, no fundo a questão que eu punha, era a de saber qual é, na sua óptica, a especificidade das organizações e o porquê dessa especificidade, ou seja, como é que se lhes pode «dar a volta» para as gerir melhor?

Graça Carapinheiro:

Eu penso que me interpelou no momento certo, porque quando agora se estavam a discutir os problemas da eficiência da gestão de recursos e de como é difícil, de facto, ao nível da administração da gestão e hospitalar, poder controlar a espiral dos custos, eu estava a pensar que isto tem necessariamente a ver com a tradicional cultura médica de pertença ao hospital que sempre fez predominar a sua pertença ao grupo profissional. É um traço que se torna muito evidente quando se observam, como eu o fiz, as actividades hospitalares durante muito tempo. Os médicos, por mais que queiram ser sensíveis às ópticas de eficiência e às problemáticas de racionalização não o conseguem fazer, porque não têm formação específica para saberem como desenvolver essa óptica e como dar sentido económico à sua actividade porque, pura e simplesmente, eles não têm a noção de quanto custam as opções que fazem em termos de processos terapêuticos alternativos. Em muitas das entrevistas que eu fiz a médicos reparei, e aliás foi esse um dos resultados do meu trabalho, que emerge um modelo de medicina institucional ao qual os médicos mais jovens que estão nos hospitais são sensíveis. Também os directores de serviço que eu pude entrevistar, que andavam mais ou menos na faixa etária dos 50 anos de idade e especialmente aqueles mais atentos à questão da rentabilidade dos serviços, tinham a noção de que tinham que instalar nos serviços, e fornecer rapidamente ao nível da formação médica, os instrumentos e os conhecimentos que pudessem tornar os médicos capazes de desenvolver uma intervenção dentro desta organização que pudesse promover e integrar, no sentido da interiorização, a preocupação pela utilização de recursos que são caros e escassos e que, portanto, têm que ser geridos com cuidado. Vemos assim que o hospital é uma organização que não pode ser comparada com nenhuma outra, dada a especificidade da sua cultura organizacional. Para além disso tem duas linhas de autoridade dentro dela, ou seja, a linha de autoridade burocrática em que, do topo à base da pirâmide, os grupos instalam uma corrente de autoridade que apenas consegue ser eficaz ao nível dos processos burocráticos e que não mexe na estrutura dos serviços, porque esta é dominada pela autoridade profissional e especialmente pela autori-

dade médica. Assim, o funcionamento desta estrutura dual de autoridade reconhece-se, principalmente, nas zonas estratégicas de acção hospitalar onde se actualizam os processos terapêuticos, através do investimento em tecnologias sofisticadas, porque estão em jogo hiper-especializações de medicina e, especialmente quando se trata de um hospital universitário, estão em jogo especializações do saber médico, que são transferidas da carreira hospitalar para a carreira universitária. Nestes hospitais – tanto ao nível da evolução da medicina, como do saber, como também ao nível das práticas médicas – esta questão é muito mais estratégica nessas zonas, ou seja, nas zonas de incerteza como diria Crozier, mas que de facto são zonas estratégicas na medida em que quem consegue dominar essas margens de incerteza, consegue realmente expandir as suas formas de poder. Isto faz com que seja quase impossível, se os hospitais mantiverem o sistema de organização que ainda hoje dispõem, que a administração hospitalar possa tocar na gestão dos serviços. Os serviços gerem-se a partir da óptica de gestão dos Directores de Serviço e daqueles que com eles concebem os modelos de produzir cuidados. Nessa medida, temos aqui um problema cuja resolução é extremamente difícil, e que tenderá a permanecer como tal enquanto os hospitais forem o que têm sido no sistema de saúde português. Por outro lado, esta questão não deixa de se articular com uma outra que já foi aqui colocada e que eu considero muito importante, que é o facto de a espiral dos custos ser incontrolável. Basta pensarmos no crescimento das doenças crónicas que têm crescido imenso nas últimas décadas. São doenças cuja gestão clínica é cara e de difícil resolução porque, na maioria dos casos, são doenças que estão ligadas aos estilos de vida e às formas como as pessoas gerem a sua saúde. Não existe nenhum modelo, por mais medicalizante que seja e por mais dominador que possa ser no sentido de controlar os comportamentos individuais, que consiga curar este tipo de doenças. Perante a falência da sua matriz de conhecimentos a medicina insiste em equipar-se e reequipar-se tecnologicamente no sentido de superar essa vulnerabilidade. É de facto um modelo vulnerável e tornou-se cada vez mais vulnerável, na medida em que as doenças crónicas implicam uma gestão que não é meramente clínica, mas sim uma gestão que passa

pela associação dos médicos com recursos humanos qualificados, mas que têm origem noutras áreas disciplinares e que implicam a participação acrescida dos doentes. O que realmente acontece é escamotear-se esta realidade, propondo que essas tecnologias sejam cada vez mais sofisticadas, até porque o prestígio dos serviços passa por aí, isto é, pela hiper-especialização da produção dos cuidados, dos actos médicos e também das tecnologias de que se revestem. A junção de todos estes factores faz com que, quando se pensa num modelo de racionalização das actividades hospitalares, não exista uma solução económica ou financeira óbvia.

É necessário reconsiderar este conjunto de factores, à luz das questões que colocam a problemática das doenças crónicas e a problemática dos idosos e dos deficientes. De facto, uma das questões que se levanta é a especificidade de cuidados que estas doenças requerem. Os serviços hospitalares continuam a dispor da mesma autonomia que sempre dispuseram, apesar de eu pensar que neste período de mudança em que nos encontramos, o modelo de medicina institucional, tal como eu o identifiquei, tenderá a coexistir cada vez mais com o modelo de medicina liberal que ainda é muito forte no interior dos hospitais.

Quanto à questão dos cuidados primários e cuidados diferenciados, há um outro impedimento à travagem da espiral dos custos, que é o facto dos centros de saúde não estarem apetrechados com nenhuma tecnologia: não há electrocardiógrafo, não existem pequenos laboratórios para fazer análises, não há recursos que se possam utilizar para praticar aquela medicina de 1ª linha que impediria que os doentes tivessem que recorrer sistematicamente às urgências hospitalares e que desqualificam e despromovem profissionalmente o médico de clínica geral, não o deixando evoluir, na medida em que o clínico geral sabe que as cartas que envia para o médico hospitalar são rasgadas e deitadas fora, não tendo muitas vezes direito de resposta, salvo as honrosas excepções que temos sempre que fazer quando estamos a generalizar, e para além disto, os seus conhecimentos são completamente desvalorizados, mudando-se o seu receituário e fazendo dele um mero prescritor de baixas e credenciais relativamente às quais ele não tem controle nenhum e perde por isso o controle do doente.



Luís Reto:

Eu aproveitava agora para fazer entrar aqui a questão do público e do privado.

António Maria de Sá Leal:

Eu só queria dizer mais uma coisa, que é que a questão do público e privado tem que ser resolvida de outra maneira, porque há outra coisa que morreu, que é outra ilusão, ou seja, o exercício da medicina liberal, no sentido clássico do termo, a do senhor professor magistático que está sozinho no seu consultório, que pede uma análise, mas que só aceita que ela seja feita em determinado laboratório (no laboratório do seu colega «x»), o que contribui também para as ineficiências do sistema. É por isso que eu digo que é completamente faliciosa a discussão do público e do privado, pois a questão é outra que eu não nomeio neste momento, porque não é oportuno, porque é tão ineficaz a gestão privada como a pública e são exactamente iguais, portanto, esta polarização entre a ineficiência pública e a privada no sentido liberal, são iguais, isto é, são dois cancros em torno dos quais se tem andado a discutir e que são a falácia total da qual, os grandes beneficiários têm sido as indústrias farmacêuticas e os grandes prejudicados, os doentes.

Lopes Pereira:

Uma constatação que se pode fazer é que 50% do orçamento das Administrações Regionais de Saúde é gasto em medicamentos.

Luís Reto:

Eu colocava-lhe a questão do privado e do público, pegando no modelo organizacional. Nós,

neste momento nos hospitais temos de facto um director lá em cima, depois temos um director clínico e um administrador hospitalar e este modelo funciona desta forma. Dada a especificidade dessas organizações, viu-se que o controle burocrático é impossível, mas até que ponto, se a estrutura hospitalar for montada de maneira diferente, ou seja, se num hospital privado nós não tivermos este tipo de estrutura e a distinção entre o director de hospital por um lado e o director clínico não for feita, isto é, se o director do hospital for um director clínico em simultâneo e que integre com o sistema de gestão do hospital todo, até que ponto é que se podem ou não ganhar eficiências nesse sistema, porque este director vai ter que prestar contas, enquanto que um director de um hospital público não tem normalmente que prestar contas e o director clínico muito menos.

Francisco Ramos:

Este é um dos pontos básicos e vale a pena perguntar qual o sentido da gestão num hospital público hoje em Portugal. De facto, é exactamente igual fazer-se uma excelente ou uma péssima gestão, quer para o gestor, quer para o hospital provavelmente, por ausência de mecanismos de responsabilização das administrações hospitalares.

Luís Reto:

Quer isso dizer que era privado neste sentido, não era privado na medicina liberal tradicional e eu concordo com isso, porque os dois sistemas estão falidos em termos de modelo.

Francisco Ramos:

Pegando no que a Dr.^a Graça Carapinheiro disse há pouco, eu concordo inteiramente, mas paralelamente concordo também que os médicos não têm sensibilidade ou têm ainda muito pouca sensibilidade aos custos nos hospitais públicos e tenho algumas dúvidas que isto aconteça também na prática privada, ou seja, concordo com a escassez de formação. Ressalvo claramente a questão da ausência de objectivos, que conduz a que os gestores se interroguem: gestão para quê, sensibilidade aos custos para quê, não vale a pena.

António Maria de Sá Leal:

Mas a resposta a essa questão é fácil. Eu não conheço nenhum relatório e contas publicado dos «hospitais privados» em Portugal, a não ser provavelmente no jornal do bairro, onde existem esses «hospitais privados» e estou cheio de curiosidade. Adoraria ver o relatório e contas da CUF, da Cruz Vermelha, da Prelada, etc., para ver se são rentáveis. Aliás, o que temos em Portugal são clínicas privadas e não hospitais privados.

Lopes Pereira:

Nos últimos dez anos acompanhei a evolução do problema através de actividades ligadas aos Seguros de Saúde. Penso ser um período suficientemente longo para poder extrair algumas ilacções sobre soluções que se pretendem adoptar neste momento particularmente gravoso.

Estamos aqui a debater soluções válidas, mas subsiste a questão de fundo e consiste na capacidade e empenho para a sua implementação. Há que diagnosticar a realidade portuguesa no limiar de 1995, caso contrário passamos o tempo à volta do problema da Saúde. Para já, temos que admitir que ocorreram nos últimos 20 anos alterações significativas nos níveis sanitários, estando subjacentes uma pirâmide etária da população portuguesa diferenciada em termos de crescimento demográfico, de tal forma que as projecções para o início do século XXI apontam para um peso alargado das faixas etárias reflectindo «envelhecimento» da população e «estrangulamento» da juventude ou população activa. É um problema sério, condicionando as soluções face ao aumento crescente dos cuidados de saúde exigidos por uma população envelhecida, com maiores exigências quanto à qualidade do serviço e acesso fácil aos mesmos.

A expectativa de vida aumenta e curiosamente a mortalidade cresce por acidentes de circulação, surgindo simultânea e permanentemente novas doenças derivadas das perturbações do meio ambiental, das poluições, toxicodependência e toxidades industriais, conduzindo a anseios crescentes quanto à qualidade e capacidade de resposta dos esquemas de saúde.

A população existente tem que ser tratada ou, sob o ponto de vista preventivo, avaliada a sua situação e diagnosticada atempadamente a intervenção clínica. Tudo isto com um cenário em que se ampliou a dicotomia entre o sector público e a intervenção privada no sistema de saúde.

Há um problema político de fundo, de tal forma que as reformas são adiadas e acaba por se simplificar o enfrentar das grandes questões através da atribuição de responsabilidades aos gestores hospitalares, às percentagens dos gastos de saúde no PIB, ao orçamento para o Ministério, etc.. **Pior do que isso há a tentação para se acreditar na miragem criada pela ideia de que as intervenções privadas vão resolver todos os problemas, já que o sistema público caminhará inapelavelmente para a ruptura e jamais será possível um esquema «tendencialmente» grátis acessível a toda a população.**

Em resumo, o «privado» e o «público» transformou-se numa falsa questão e digo-o com certo à vontade, já que observo diariamente as inúmeras facetas desta realidade.

Poder-se-à acrescentar que não será possível implementar qualquer solução válida sem ultrapassar as querelas «organizativas» que impediram a clarificação das responsabilidades de diferentes parceiros, começando pelos Ministérios da Saúde e Finanças – não esquecer o papel de relevo de uma política fiscal com inúmeras incidências sobre as despesas de saúde, profissões liberais e organizações «empresariais» – Ordem dos Médicos, Associação Nacional de Farmácias, fabricantes de medicamentos, monopólios de meios auxiliares de diagnóstico, etc., continuando pela análise das razões pelas quais o sistema português não consegue conter em moldes aceitáveis a progressão das despesas de saúde.

Sem esquecer o grande desafio da «qualidade» dos prestadores de serviços, qualificação dos directores clínicos e hospitalares, equipas de enfermagem, etc., visando garantir o nível da prestação de serviços e eliminar certa impunidade que campeia no sistema.

Existe verdadeiramente um problema de «qualidade» a todos os níveis e o problema não reside no facto da prestação dos cuidados ser privada ou pública – a tal falsa questão – sabendo-se que médicos reputados operam simultaneamente em

ambos os sectores hospitalares e por vezes a sua preferência vai para o hospital público mesmo quando a intervenção é de alto risco.

Há que desmistificar, criar condições de alojamento, dispôr de técnicos qualificados e equipamentos operacionais, com actuações compatíveis face às exigências das populações.

A qualificação das pessoas será sem dúvida um requisito para quaisquer soluções globais a implementar e recordo que elevada percentagem dos médicos portugueses são simultaneamente funcionários públicos, pelo que não se podem alcançar soluções milagrosas sem níveis elevados de qualificação para o exercício da profissão.

Francisco Ramos:

Apesar de tudo, esta é uma das profissões que tem um sistema de acesso mais complicado e é das profissões com mais exigências para se estar no mercado.

Lopes Pereira:

Não ponho isso em causa, mas admito que esse universo abrange, simultaneamente, à escala nacional, prestadores de serviços de qualidade duvidosa, sejam nacionais ou estrangeiros, sobretudo neste último caso em que estão em Portugal pessoas concorrendo nos actos médicos de uma forma incontrolada e duvidosa.

A dignificação das carreiras, melhoria dos actos médicos e aumento do prestígio das estruturas hospitalares são questões de fundo, que não se compadecem com o fechar dos olhos por parte de entidades responsáveis e o eterno adiamento das soluções quanto ao problema das qualificações.

Comecei há 10 anos a falar com a Ordem dos Médicos sobre o problema dos custos hospitalares, consultas, etc. e passados tantos anos é confrangedor constatar a permanente ocorrência de situação que são um atentado à saúde pública e constituem transgressões à legislação e ética médica. Actos de cirurgia praticados em cubículos, exercício de cargos médicos por pessoas sem as devidas qualificações, fraudes de toda a ordem na emissão de recibos, são situações que desqualificam qualquer suposto profissional, independentemente da carreira que tem. O problema do mercantilismo da saúde não pode continuar a cair em saco roto e nesse sentido em relação à

questão levantada, sobre se poderá travar-se o crescimento actual dos custos em Portugal, a minha resposta é absolutamente categórica e no sentido de que se pode e deve inverter a tendência exponencial.

Acompanhando a evolução europeia nos últimos anos e recordando o caso francês, constata-se que ocorreu uma redução substancial na parte participada pelo Estado, excepto em situações críticas em que o sistema garante toda a segurança e viabilidade de soluções médicas, fazendo deste modo realçar o papel dos seguros privados. Mas a grande base do sistema residia na capacidade de controle e tarifação dos custos sobre actos praticados tanto por médicos como hospitais, mas a partir sobretudo de 1988 o sistema francês entrou em derrapagem e os custos cresceram acima dos índices de variação de preços. Ocorreu uma confrontação entre as teorias do sistema universal e a realidade de uma economia em expansão, com novas exigências demográficas e habitação das populações a um certo nível de garantias que o sistema pretendia assegurar.

A partir daí poder-se-à afirmar que se perdeu o controle da situação e a participação estatal sobre as despesas dos cidadãos reduziu-se consideravelmente. Portanto, não é só em Portugal que se acumularam ilusões e se atingiram fases críticas, de tal forma que ainda recentemente ouvi dizer, e com razão, que estamos pior do que em 1987 e nessa altura já havia um gravíssimo problema a enfrentar.

Há que travar em definitivo esta erosão, reformulando o sistema, revigorando os critérios de gestão hospitalar, impedindo que se propaguem as teorias de que bastará gerir os novos hospitais, tal como o da Amadora, para se optimizar todos os critérios de custo/eficácia. **Paradoxalmente, a situação em Portugal melhorou substancialmente em termos de infraestruturas disponíveis para a população e dir-se-à que se começa a perder o controle dos novos hospitais, até porque não há uma divulgação e constatação quanto ao plano que se pretende implantar a curto e médio-prazo.**

Resolver o problema da saúde implica, à priori, conceber a articulação das infraestruturas públicas e privadas, evitando-se, inclusivé,

que se caia na situação já ocorrida no estrangeiro da sua sub-utilização.

A indústria seguradora deverá processar em 1995 cerca de 20 milhões de contos em prémios de seguros de saúde e a receita global incluindo impostos para o Estado aproxima-se dos 22 milhões. Curiosamente, estes seguros não representam a totalidade das coberturas de doença disponíveis para a população, já que existem muitas garantias ao nível da Assistência Hospitalar que são automaticamente incluídas nos cartões bancários, elevando o universo das pessoas cobertas por sub-sistemas de saúde ou seguros privados. O número ultrapassará largamente a referência tradicionalmente apontada de um milhão de pessoas abrangidas por estas coberturas e irá atingir, na prática, um valor entre 2 e 3 milhões de pessoas com suporte adicional para além dos esquemas públicos. Admitindo que esses 20 milhões de contos irão gerar cerca de 16 milhões de indemnizações, constata-se que, surpreendentemente, ou não, cerca de 50% deste valor corresponderá a despesas fora dos vectores-chave da prevenção e assistência hospitalar ou ambulatoria, sendo gastos possivelmente 8 milhões de contos em medicamentos, óculos e estomatologia. Gasta-se, assim, grande parte dessas verbas em áreas que não estão identificadas tradicionalmente como necessidades básicas, destinando-se a outros fins menos prioritários.

Francisco Ramos:

Eu aqui tenho que discordar do que foi dito, porque os seguros realmente funcionam de uma forma complementar, por isso as pessoas recorrem aos seguros no sentido de obter os benefícios que o Serviço Nacional de Saúde não lhes garante e esses benefícios são exactamente os cuidados dentários, óculos e parte dos medicamentos. Estas são três das áreas mais negligenciadas do Serviço Nacional de Saúde. Quando uma pessoa adquire um cartão bancário, tem directamente um seguro e esse seguro cobre internamentos, isso é verdade, mas é uma coisa quase dispensável, porque os internamentos são um dos benefícios a que o Serviço Nacional de Saúde melhor dá cobertura e daí a expansão e os preços muito baixos de um seguro de saúde que cobre apenas internamentos.

Lopes Pereira:

Só quero acrescentar esse parâmetro em relação aos custos, por uma simples razão: desses gastos em medicamentos, óculos e estomatologia, não sei se alguns desses milhões de contos estão a ser gastos como deve ser ou não e cito o exemplo na área da estomatologia, onde o que se está a passar é absolutamente inacreditável. Passam-se frequentemente recibos de serviços de estomatologia de médicos que não estão inscritos na Ordem, por vezes referentes a «actos» que nem sequer foram praticados, destinando-se afinal a jogar com os «plafonds» concedidos pelo seguro de saúde.

Por isso, pode dizer-se que os custos estão sem controle, havendo prestadores de serviços que não deveriam estar autorizados para exercerem a actividade.

Há um alheamento na resolução destes problemas e isto não se passa em mais nenhum país da Europa. Na Holanda não ocorreria situação similar, não por ser um sistema social limitativo da actividade do médico, mas porque tem uma forte moralização do sistema, existe qualificação para os prestadores de serviços, tem uma orientação na relação entre sistema nacional de saúde, os privados, médicos e todos os prestadores, pelo que as variações de custos são aceites tacitamente e todo esse sistema é controlável.

A sociedade portuguesa, neste momento, perdeu as «estribeiras» (desculpem a expressão) e, como já disse, há 10 anos que acompanho esta evolução e nunca vi uma situação tão grave como em 1995.

Francisco Ramos:

Em relação à sociedade holandesa, eu quero dizer que ela aceita esse sistema, mas paga para tal, como a sociedade francesa.

Lopes Pereira:

Eu não estou a dizer que há um sistema perfeito na Europa nesse domínio. Concorro com o grande problema que focou e muito bem, das estruturas hierárquico-funcionais ou das estruturas profissionais, mas o sistema nacional de saúde que a conceber para o futuro de Portugal, não é só o hospital. A vida de um hospital é extremamente

completa, mas o sistema em si não poderá basear-se só na «dinâmica hospitalar».

Manuel Delgado:

Eu penso que com a minha intervenção, confirmei uma coisa que acaba por ser verdade para quem gere hospitais ou para quem paga seguros ou paga aos médicos nas seguradoras ou associações, **que é o facto de se nós queremos controlar custos, temos que criar mecanismos de informação minimamente inteligíveis entre quem paga e quem presta os cuidados, sejam mecanismos de qualidade, de acreditação, sejam mecanismos de compra de serviços por junto, por atacado e ver quem é que faz melhor e cobra menos, porque uma companhia de seguros não pode viver numa situação de ser confrontada permanentemente com facturas de uma pessoa qualquer que manda a conta e a companhia paga.** Tem por isso que haver uma uniformização do preço, da qualidade e tem que haver negociação antecipada das prestações. O futuro do sistema holandês que está agora em discussão caminha exactamente nesse sentido. Vamos negociar «packages» de prestação e com isto há uma capacidade de previsão.

Isto exige várias coisas, em que uma delas é, da parte da cultura médica, a capacidade de abrir o jogo, ou seja, dizer o que fazem e como fazem, porque há muito jogo escondido que tem que vir cá para fora e noutros países já veio. O perfil de um comportamento de um cirurgião tem que ser conhecido, pois se o cirurgião demora 3 vezes mais tempo a fazer uma cirurgia do que o cirurgião médio, esse cirurgião, por razões económicas, não vai ter clientela. Depois, há aqui outra questão que tem a ver com a imaginação que nós vamos ter ou não para criar modelos de financiamento não uniformizados, mas suficientemente imaginativos para privilegiar prestações que sejam mais preditivas e menos curativas. Eu lembro-me por exemplo, que nos Estados Unidos as HMO's, as Health Management Organizations, são mais económicas e há menos internamentos nas zonas onde há mais, do que nos Estados onde há menos, pois na Califórnia, os índices de internamento são muito inferiores aos índices de internamento no Estado de Nova York e a saúde é também mais barata, isto porque as pessoas se organizam com quotizações mensais para um

sistema que lhes presta os cuidados todos e isto é uma perspectiva muito mais sinérgica e sistémica e é por aqui que nós temos que avançar.

Isabel Nicolau:

Disse-se à pouco que a questão das infra-estruturas era pacífica, porque elas já estão lançadas. O problema agora é geri-las de forma eficiente. Em que medida a privatização da gestão melhora essa eficiência? Serão necessárias novas regras de financiamento, ou a eficiência será acrescida só pelo facto de se privatizar?

Parece natural que a uma gestão privada se dê a possibilidade de definir estratégias de produto-mercado. Isso implicará provavelmente o abandono da parte da prestação de cuidados que não é rentável e/ou a selecção criteriosa da clientela a atingir. Do mesmo modo faz sentido que a gestão do pessoal não se confina às regras do funcionalismo público e seja gerido numa lógica empresarial.

Neste contexto, levanta-se a questão de saber se são os hospitais que estão internamente mal geridos ou se são as restrições externas que são incompatíveis com uma gestão eficiente.

Luís Reto:

Aí pode suceder uma coisa, que era a questão que eu tentei introduzir até agora, que é saber até que ponto o poder médico se pode manifestar na gestão privada com a mesma intensidade que se manifesta na pública.

Isabel Nicolau:

Ainda outra questão que me parece também importante e que não foi aqui ainda falada, é a relação entre financiamento e avaliação do desempenho.

Em que medida a inexistência de uma avaliação do desempenho que se reflita no financiamento sanciona a ineficiência na exploração dos recursos?

Lopes Pereira:

Algumas das questões que levantou só terão resposta concreta talvez daqui a 5 anos. Admito que, entretanto, irão operar algumas estruturas privadas que poderão ser organizadas em novos modelos e que para serem rentáveis visarão taxas de ocupação ou custos de integração de redes

inferiores que as médias no mercado da saúde. A moda nestes domínios é um pouco «made in USA», começando as pessoas a falarem com novas siglas – HMO'S – Health Management Organization; PP'S – Preferred Providers; POSP'S – Point-of-Service Plans – curiosamente esquecendo ou desconhecendo erros cometidos num passado recente nessas paragens.

A segmentação da clientela através da estratégia hospitalar também é possível e de uma forma mista entre doenças/tecnologias e estratos etários ou sociais, mas levará algum tempo até se acomodarem as soluções. Estamos a entrar, inequivocamente, na era de um novo negócio que, como é óbvio, para algumas pessoas poderá significar a «galinha dos ovos de ouro».

Serão necessários vários anos até surgir o lançamento de um novo hospital estilo Clínica de Navarra e que é um exemplo em Espanha de uma estrutura de alta qualidade, especializada em certos domínios e, eventualmente segmentável em termos de qualidade, custos e serviços.

É possível conceber a proximidade às próprias universidades de estruturas com excelentes corpos clínicos, geridas em termos empresariais graças à intervenção de qualificados em certos domínios.

Novos sistemas de tratamento de informação serão indispensáveis para que se possa avaliar o que se passa dentro de cada sub-unidade e em cada momento, determinando-se os respectivos custos face à utilização de espaços e equipamentos. Essas estruturas têm, como disse, o requisito básico de equipas de pessoal privativo e de grande qualidade.

Se é possível implantar unidades deste tipo em Portugal, não oferece qualquer dúvida a resposta. Estando somente em causa o factor tempo para rentabilidade do investimento, é fundamental conceber a sobrevivência nos próximos 5 anos em que se configuram inúmeras alterações político-sociais.

Conto o caso actual de um hospital português constituído no final dos anos 80 que, em meu entender tem capacidade para prestar um bom atendimento e que em termos de custo/eficácia, ainda não atingiu o equilíbrio. Talvez, por deficiente concepção do projecto inicial. Um dos erros básicos neste tipo de iniciativas será admitir que a solução para a rentabilidade enquadrará um grupo de médicos que passaram a dispôr do espaço físico como se fosse o anterior consultó-

rio e que o seu leque de pacientes chega para otimizar a utilização das estruturas. Parece-me conclusivo, pelo contraste que introduz, o caso do hospital construído em Glasgow, que custou centenas de milhões de libras, grande parte do erário público, dispondo das melhores tecnologias e equipamentos, com um corpo clínico cheio de «ex-USA», e que ao fim do primeiro ano fechou porque somente tinha conseguido 25 pacientes.

Penso que os próximos tempos vão ser palco de algumas «perversidades», sobretudo se as pessoas procurarem descartar-se do que não é rentável, caindo-se nas situações tradicionais em que o «gestor hospitalar» pretenderá definir à partida o nível de ocupação das camas, Coitados dos doentes que tenham uma recaída.

Isabel Nicolau:

E há também a questão das especialidades, porque algumas não são, à partida rentáveis.

Lopes Pereira:

Sim, porquanto existem médicos e gestores que não querem investir em determinados equipamentos ou tratamentos que existem implantados noutras unidades exteriores ao seu próprio hospital. Daí meterem os doentes numa ambulância com bilhete de ida-e-volta.

Francisco Ramos:

Essa é provavelmente a questão principal a nível da prestação público/privado. Eu não espero pelos anos para dizer que, se de facto ocorrer a privatização da gestão do Hospital Amadora-Sintra, ela será certamente mais eficiente do que uma gestão pública. Isto por uma razão muito simples: haverão regras do jogo claras, suponho eu, pois para fazer os contratos sobre propriedade privada, não-de ficar definidas regras. Porém, se fosse uma entidade pública com uma gestão pública, estas regras não eram claras, ou seja, entrava-se no mesmo marasmo de todos os outros hospitais e a eficiência estará sempre relacionada com objectivos bem definidos.

Luís Reto:

Mas há uma questão da vossa área da gestão que já aqui foi focada, que é o facto de não se poder gerir hierarquicamente um hospital no sen-

tido tradicional do termo, porque não é uma democracia mecânica e na minha óptica um hospital, em termos de figurino organizacional, só se pode gerir por informação sistemática. Portanto, quais são os sistemas de ajustamento e controle que se podem fazer num hospital? A questão é saber como, no actual estado da situação se consegue isso nos hospitais públicos, que é a experiência que temos, montar sistemas de informação que possibilitem de facto, não dizer aos médicos: «vocês façam isto», mas colocá-los em competição saudável uns com os outros para dizer: «a sua equipa gasta muito mais e mata mais gente que a outra» — isto é um exagero, mas o que se pretende saber é até que ponto é possível criar um sistema de informação de gestão que leve os médicos a ajustarem-se nos seus procedimentos e a auto-controlarem-se.

Francisco Ramos:

Já há mais de 10 anos nos Hospitais Cívicos de Lisboa, que se fez uma experiência dessas em que participei. Um sistema integrado de gestão é um nome talvez pomposo, mas passava fundamentalmente por devolver a informação aos médicos e aos directores de serviços daquilo que faziam e dos consumos variáveis, ou seja, o que cada serviço consumia em produtos farmacêuticos, em material clínico, em horas extraordinárias e em horas suplementares. Tudo o resto são custos fixos. A administração informava os clínicos sobre o que cada serviço fazia e o que consumia em custos variáveis. Os Hospitais Cívicos de Lisboa era um grupo grande, as comparações inter-serviços eram feitas e discutidas e os resultados foram bons, ou seja, a eficiência medida, quer em termos de demora média, quer em termos de custos, melhorou bastante.

António Maria de Sá Leal:

Estamos a falar de um assunto que por acaso é a minha profissão e eu também sei como é que se fez, eu estava lá e posso dizer que o aproveitamento político ao nível da saúde da gestão disso foi feita da maneira mais maquiavélica e imaginária possível, porque eu de facto fui médico durante 4 anos e meio na UUM, onde tínhamos médicos sensacionais, mas tínhamos doentes a morrer na enfermaria dois dias depois de saírem da nossa Unidade. Por isso não vamos falar de gestões desse

tipo, porque isso eu conheço muito bem, pois trabalhei no IPO e Unidade de Cuidados Intensivos dos Hospitais Cíveis de Lisboa e a morte é uma coisa com que eu lido há muitos anos com simultaneamente uma grande tranquilidade e inquietude por dever profissional.

Francisco Ramos:

De facto a pressão para reduzir a duração de internamentos na UUM não tinha nada a ver com o sistema de gestão, tinha sim a ver com a pressão da procura e aí estamos de acordo.

António Maria de Sá Leal:

O que eu estou a dizer é que factualmente, podes ter razão, mas sob o ponto de vista da lógica, o facto é irrelevante, quer dizer, seja qual for a razão pela qual se racionaliza as coisas dessa maneira, o resultado vai ser esse e eu quero ver é a eficiência global do sistema.

Quanto à pressão da UUM, eu sei isso muito bem, pois continuávamos a fazer bancos de 24 horas.

O que eu estou a dizer, é que essa discussão é possível, mas tem limites, porque estamos a tratar de pessoas e eu ainda não consegui abstrair essa questão, portanto eu vou contrapor e discordar totalmente da abordagem desta questão por via da economia. Faço questão em dizê-lo, não por querer retirar essa dimensão, mas porque penso que tem que ter uma dimensão social, especialmente pelo futuro.

Lopes Pereira:

Só gostaria de acrescentar um parêntesis para confirmar o que acabou de dizer. Na minha opinião, a trajectória agora encetada corre o risco de se transformar num sistema ao invés do esquema «Arnaud».

António Maria de Sá Leal:

Isto porque claramente, o problema que se põe, está exactamente de pernas para o ar e por exemplo, hoje os gastos na Holanda em termos dos gastos de saúde globais - e este é para mim o problema crucial - inverteram-se os gastos, os maiores não são prestação de cuidados de saúde hospitalar, são outro tipo de cuidados de saúde, essencialmente ambulatoriais e comunitários.

Esta é que é a verdade! Eu estou de acordo quando disse que, ao aproximarem-se eleições se tende mais uma vez a não se discutir de uma forma séria, e de uma vez por todas, o problema da saúde neste país. Realmente fizeram-se muitas infra-estruturas, mas na minha opinião muitas delas com base numa estratégia completamente errada, o que significa que em grande parte foi dinheiro deitado à rua.

Eu dirijo praticamente há 7 anos uma unidade de Cuidados Integrados de Saúde, onde dispomos da maior parte dos meios técnicos, do know-how e dos mecanismos que com investimento e com custo baixíssimo onde, em 24 horas tenho o diagnóstico da situação e posso encaminhar o doente, resolvendo assim 90% das situações que lá aparecem. Isto é possível em 2.200 metros quadrados, com um investimento de 350 mil contos.

Eu peço desculpa por descentrar o problema dos hospitais, porque se se quiser verdadeiramente discutir a saúde, não passa por se discutir hospitais.

Há que realçar que esta unidade de que eu falo não terá internamentos, mas terá sim cirurgia do ambulatorio. Esta é sempre a grande confusão, porque a um hospital central (quer tenha segmentações ou não) de um total de 600 pessoas, com acidentes, doenças súbitas, doenças naturais, etc., não podem chegar mais do que 6. Isto está dito, está estudado e toda a gente sabe isso. Eu não consigo perceber porque é que não se constroem lugares onde se possam tratar 600 pessoas e se opta por estruturas monumentais para tratar 6 pessoas. É por isso que eu me recuso a falar em hospitais, sou um feroz inimigo de toda a política actual porque aqui está implícita não só a cultura médica, como a cultura do país, a cultura dos gestores, dos políticos, da população, que dita que o hospital é que resolve o problema das pessoas. Isto é uma mentalidade do século XVIII.

Francisco Ramos:

No entanto, nós somos o país da Europa com menos camas hospitalares.

António Maria de Sá Leal:

Sim, porque os outros estão aflitos a desembaraçar-se delas.

Manuel Delgado:

Eu concordo que o sistema não deve estar à volta do hospital. Isso é um erro que se está a pagar caro, pois os nossos custos de saúde podiam ser muito mais económicos se tivéssemos uma medicina muito mais comunitária e familiar do que a que temos.

Nós já temos outros «hospitais» que são os centros de saúde que se estão a fazer, como por exemplo o de Sete-Rios que é quase do tamanho de um hospital e em Chaves, em que o centro de saúde e os gabinetes dos médicos funcionavam numa rua central onde as pessoas até podiam ir, mas por razões de natureza política e porque necessitavam de mais espaço para ter mais gabinetes e salas de estar, fizeram outro centro de saúde a 5 km de Chaves para o qual as pessoas têm que apanhar transporte e por isso muitas não vão lá.

António Maria de Sá Leal:

Por isso é que eu digo que isto é um problema político, social e centrado na comunidade, porque a discussão da saúde tem que estar ligada à discussão de um desenvolvimento das comunidades, já que no futuro, no meu entender tem que haver a partilha dos custos e tem que haver uma forma de financiamento do sistema. Essa partilha dos custos tem a ver com uma co-responsabilização e com a qualidade dos cuidados. Não há estrutura mais rentável neste país ligada com a saúde do que os lares de idosos (é o melhor negócio de todos) pois não dá embaraços quase nenhuns nem responsabilidades. O terrível é que quando se discute qualidade tem que se discutir qualidade de vida das pessoas.

Francisco Ramos:

Já que foi focado, eu gostava de saber ao certo, o que é qualidade, em termos de qualidade aceite socialmente. Focou-se a questão do financiamento e aí eu estou de acordo com o ministro Paulo Mendy: quem tem que financiar os cuidados de saúde em Portugal são os portugueses e suponho que não há ninguém que discorde disso. Pagar ou financiar (e aqui a questão é a mesma) em função dos resultados que obtém ou apenas em função da quantidade de actos médicos consumidos é a questão central.

António Maria de Sá Leal:

Qualidade significa que quando uma pessoa tem determinados sintomas, o médico lhe faz um diagnóstico correcto, inicia um tratamento de imediato, porque é aí que o médico contribui para baixar os custos, porque em primeiro lugar, o médico dá ao doente os medicamentos adequados, segundo, a pessoa sofre menos, o que é fundamental, terceiro o médico gasta menos meios para fazer o diagnóstico, porque se fez em menos consultas. Isto é que é a qualidade, mais eficácia a menor custo.

Luís Reto:

Estamos a falar de uma noção intrínseca de qualidade e outra coisa são os referenciais de qualidade.

António Maria de Sá Leal:

Eu estou a dizer que para fazer isto, eu tenho que ter meios para o fazer. São necessárias infra-estruturas, pessoas qualificadas para fazer estes diagnósticos. As qualificações fazem-se exactamente em alternativa às qualificações e às carreiras hospitalares, porque a Ordem tem estado permanentemente dominada pelos médicos dos hospitais, razão pela qual me afastei de todas as sociedades científicas voluntariamente como num modesto protesto público a essa cumplicidade miserável com discursos de comiserção pelos «coitadinhos dos doentes», combinados com uma prestação de cuidados de saúde assente nos hospitais e nas carreiras assentes exclusivamente nos hospitais. Temos num centro de saúde capacidade para formar médicos, enfermeiras, técnicos de laboratório, etc., tanto como nos hospitais e portanto basear a conformação das competências dos médicos e as estruturas de saúde essencialmente nos hospitais é um grande equívoco e uma insuficiência permanente. Todavia, enquanto não sairmos disso, não há avanço significativo possível. A realidade é que isto (fora dos hospitais) é muito mais barato, porque custou menos, já que o doente fez menos exames para ter o diagnóstico, tomou menos medicamentos, esteve menos tempo sem ir trabalhar, pois a sua ausência do emprego custa dinheiro e tudo isso também são critérios de qualidade.

Lopes Pereira:

Está a tocar naquilo que, no limiar de 1995, poderá constituir o cenário do futuro a curto-prazo e levantando o véu sobre o que se irá passar.

Em primeiro lugar, a problemática dos custos será objecto de grande discussão e através de «confrontação» com estruturas menos caras procurar-se-á criar a primeira ilusão sobre as virtudes dos novos modelos. Aliás a confrontação já existe quando se praticam preços mais altos no sector público do que no privado e com as diferenças que, apesar de tudo, pelo menos à vista desarmada, são palpáveis.

Mas a grande e real confrontação tem subjacentes dois ou três vectores, sendo o primeiro, inequivocamente a garantia de qualidade na prestação de serviços. Neste campo, independentemente das várias soluções a adoptar; penso que será um erro admitir que as redes convencionadas resolvem todos os problemas, mas também não poderemos alhear-nos do facto de que esse será um factor a considerar no início de nova trajectória.

Outro vector-chave prende-se com a capacidade de se utilizar a tecnologia de informação e comunicação em diversos campos, através de redes que estarão ao serviço de clientes que aderiram a esquemas garantindo apoio médico, enfermagem, diagnóstico à distância e disponibilidade para organizar a prestação dos actos ambulatoriais e hospitalares.

Será necessário garantir o acesso das pessoas ao suporte de uma «second choice» e o apoio perante questões graves com essa segunda opinião ou, se necessário, em extremo, de uma junta médica. Como controlar os custos através da confrontação?

A necessidade de se dispôr de um «sistema» que «obrigue» a reduzir custos ou, pelo menos, permita controlar a sua evolução dentro de parâmetros aceitáveis, parece por demais evidente. Mas a questão principal prende-se com a sua implantação generalizada, ou doutra forma dificilmente se sairá do «círculo vicioso», correndo-se o risco de surgirem outros modelos que, igualmente por confrontação ou pela concorrência, desvirtuem através do *pricing*, as virtudes do modelo.

Recordo que desde 1987, que a problemática dos seguros de saúde tem estado ao sabor das flutuações governamentais quanto ao seu enquadramento fiscal, acabando em 1995 por se cair numa cura de emagrecimento das benesses a que os trabalhadores podem ter direito, estando cada vez mais em causa a incidência da fiscalidade sobre os chamados «*fringe benefits*». É curioso que, num ano de eleições, o debate destas questões não surge como primeira imposição por parte dos votantes, ficando possivelmente tudo reduzido às promessas circunstanciais e mais «gerais» de igualdade, fraternidade e outras virtualidades que não se sabe o que serão na prática.

O confronto poderá ocorrer rapidamente e o tal esquema «anti-Arnaud» poderá acarretar talvez o reverso da medalha, porque o sistema público ficará destinado aos que não dispõem de posses para aceitarem o preço da adesão ao novo modelo selectivo. No meio estará a solução milagrosa protagonizada eventualmente pelos seguros de saúde, que pagarão «tendencialmente» tudo, excepto o que não for suportável pelas seguradoras.

Não sabemos como transformar o serviço público e enquadrá-lo num sistema global que não deixe de fora os menos capacitados economicamente ou aqueles que, infelizmente, constituam a percentagem de altos custos per-capita.

Não esquecendo soluções milagrosas, importa aproveitar os recursos existentes sem desperdícios, criar a competição e cooperação saudável e articulada entre público e privado, criando um modelo que permita rentabilizar os meios aos menores custos, obrigando a moralizar o que se passa a nível de prestadores de actos médicos, custos e consumos de medicamentos ou meios auxiliares de diagnóstico.

Em síntese, garantir a universalidade do sistema, com soluções flexíveis, na certeza de que, aos mesmos custos, é possível fazer muito melhor. Infelizmente, há gestores e políticos que se consideram detentores de todas as verdades e conhecem perfeitamente as soluções a implantar, mas não deveríamos desperdiçar a ocasião para se organizar a nível nacional um grande debate sobre estes temas e exigir a elaboração de um LIVRO BRANCO sobre a saúde em Portugal.

O terceiro vector-chave residirá nas soluções que só estarão acessíveis a quem configure um determinado status económico, sem antecedentes ou configurando pré-situações para um quadro clínico gravoso, actual ou potencial.

Curiosamente, nos Estados Unidos as soluções mais baratas estão disponíveis nas zonas geográficas de maior poder económico, mas mesmo aí há grandes franjas de população que não têm acesso aos cuidados hospitalares.

Portanto, existindo a capacidade para perspectivar alguns indicadores quanto às exigências da população portuguesa até ao ano 2010, a grande questão assenta na forma como se vai pegar no actual «serviço nacional» de saúde, a tal passagem para um «sistema nacional» que seja adequado às necessidades e capacidades dos cidadãos, evitando transformar-se, repetitiva e ciclicamente, na alegria de um número reduzido de intervenientes.

Manuel Delgado:

Eu penso que esses três estadios são interessantes, aliás a sensação que eu tenho neste momento é que estamos perante um governo que não conseguiu perceber que as coisas se têm que resolver com uma certa metodologia, ou seja, a privatização tal como está a ser feita, a meu ver, é um tiro para o ar. Há pouco falou-se do problema de como é que se vai conseguir rentabilizar o hospital de Amadora-Sintra, por exemplo e já se avançou com a ideia de que de facto aí se pode ganhar alguma coisa em termos de eficiência, reduzindo e emagrecendo os quadros do hospital, porém fica por se saber até que ponto isso é possível na prestação pública, tal como ela está, com as urgências inundadas de gente.

António Maria de Sá Leal:

Eu posso-lhe dar uma lista de colegas meus que foram convidados, mas que se recusam a ir para lá.

Manuël Delgado:

O problema da privatização tem outros problemas e questões e eu penso que nós estamos a caminhar para um sistema de saúde dual em que de um lado há um elitismo que facilita o acesso e já temos isso nos hospitais, o que eu considero que não é criminoso, mas é um atentado aos



próprios direitos dos cidadãos em utilizar os serviços públicos. Por exemplo, se eu vou ao hospital de manhã e me dizem para lá ir daí a 5 meses, mas que o médico pode dar consulta à tarde e se eu quiser ir lá à tarde, tenho consulta logo; aí o critério da consulta não é clínico, mas é um critério económico, o que está em causa é o poder de pagar, ou seja, está-se a perverter completamente o serviço público de saúde. O aluguer de espaços em andares de hospitais também é uma forma de tentar rentabilizar o espaço para obter receitas para tratar dos outros espaços.

Isto não é só um problema do público, mas o privado faz o que quer e não tem que justificar nada, enquanto que o Estado tem.

Lopes Pereira:

Vou dar-lhe o exemplo concreto de alguém que perante a reicidência de um problema num ouvido, se dirigiu à urgência de um hospital privado solicitando ser atendido por um especialista de otorrino. Na urgência foi-lhe indicado que teria em primeiro lugar de ser visto pelo Médico de Clínica Geral, o que aconteceu e que o mandou passar para outra sala a fim de aguardar pelo especialista. Com grande surpresa, o mesmo Médico compareceu a atendê-lo, depois de tirar a bata da urgência e, perante a perplexidade do paciente, explicou-lhe que também era especialista de otorrino. O pior foi que na conta vinham as duas consultas, o que revela a que ponto chegam as coisas, seja no público ou privado.

Manuel Delgado:

Porém, o drama que nós vivemos é que se fazem hospitais porque há verbas da União Europeia para

os fazer e depois não se podem explorar porque não há dinheiro para essa exploração.

Graça Carapinheiro:

Sempre tive a ideia de que o sistema de saúde português, em termos de imagem se assemelha a uma «manta de retalhos», ou seja, a um sistema tecido de medidas contraditórias. Há sempre uma margem de incerteza e de imprevisibilidade que nos espera em qualquer momento e que marca o nosso destino, a nossa carreira, em termos de percurso dentro do sistema. A questão da privatização é uma questão que me preocupa por todos os argumentos que já aqui foram focados. Por um lado, penso que no plano político está a ser colocada de uma forma leviana e por outro lado parece-me que se tem avaliado insistentemente o sistema de saúde em termos das suas ineficiências e ainda não se reflectiu suficientemente bem nem se avaliou adequadamente as suas eficiências, em termos materiais, económicos e financeiros. De facto, e apenas para dar um exemplo, os profissionais trabalham segundo modelos que não dão satisfação a todos, mas pelo menos lhes permite, de alguma forma, estabelecer modelos de relação que por vezes são muito eficientes para tratar os doentes, que é manusear as regras informais. Isto acontece pouco nos centros de saúde, porque a sua estrutura é muito mais burocrática do que a de um hospital e é muito mais delimitado o território que cada um detém para poder gerir os seus recursos estratégicos, quando eles surgem. Porém, nos hospitais são realmente as regras informais que dão a plasticidade e a maleabilidade que lhes permitem resolver, muitas vezes de uma forma muito mais eficiente do que nós imaginamos, os problemas dos doentes, ou seja, os profissionais de saúde sabem estar numa instituição ou organização de saúde de uma forma que não é burocrática, que é estratégica e que dota essa organização da maior plasticidade possível. Não é por acaso que é sobre os hospitais que se desenvolveu a teoria da ordem negociada, porque realmente foi aí que se identificaram territórios privilegiados para desenvolver negociações entre grupos profissionais no sentido de dificilmente se poderem estabelecer domínios fixos de autonomia profissional, ou seja, de estas autonomias serem elásticas. Elas variarão de acordo com as situações, com os problemas, de acordo

com as configurações de crise e esta possibilidade e o sistema de alianças e cumplicidades que gera, torna esta organização bastante plástica e maleável.

Há uma coisa que é muito importante que é o facto dos grupos profissionais prosseguirem objectivos particulares como todos nós sabemos, embora todos o justifiquem pelo objectivo oficial do hospital que é curar os doentes. Mas até que ponto é que não é legítimo que eles procurem defender os seus objectivos particulares? Então o problema que se coloca é este: se a privatização ocorre dentro de um sistema em que os grupos profissionais estão habituados a atingir os seus objectivos particulares de uma forma estratégica, havendo privatização no mesmo espaço, com as mesmas pessoas e com um modelo de gestão que realmente não está preparado para controlar o funcionamento das regras informais, o que poderá acontecer é que se expandirão inexoravelmente aspectos perversos, neste momento inimagináveis, em que provavelmente a única vítima será o doente. No entanto, não sou completamente contra a confrontação de novos sistemas, pois acho que é necessário que surjam unidades de saúde com propostas de modelos de gestão que não sejam uma mera cópia e mimetismo dos modelos de gestão pública, devendo necessariamente contribuir para inovar esta concepção.

Lopes Pereira:

Dificilmente o podem fazer se, na realidade, adoptam figurinos similares. Digo, com a maior franqueza, que me surpreendeu a circunstância de nos últimos sete anos ser confrontado com a avaliação de inúmeros projectos de investimentos em novas unidades hospitalares, em que as intenções morriam mal se levantava a questão crucial quanto ao modelo de gestão a implantar. De facto, do lado dos investidores do capital de risco, a exigência para a implantação de um modelo de gestão do empreendimento com grande ênfase para a avaliação da sua exequibilidade, indicadores de utilização, orgânica hierárquico-funcional com enquadramento e não a dependência da valência técnica, implementação da contabilidade analítica e exigências de rentabilidade, tudo isto falado eliminava logo à nascença o conjunto de investidores que somente traziam como contributo um número de potenciais doentes ou a utilização das

instalações durante algumas horas do dia, mas que pretendiam dirigir o projecto com o capital alheio.

Como referi anteriormente, as pessoas pensam que um projecto hospitalar reside meramente na entrada e saída de doentes.

Nas negociações de projectos não vale a pena avançar se não for estabelecido um modelo de gestão com determinadas regras e minuciosa análise económico-financeira. O «modelo de intenção» faz morrer grande parte das ideias logo após os primeiros meses de análises, constatando-se que não tinham bases para andar.

Graça Carapinheiro:

Eu não sei se os modelos de gestão privada que estão a ser pensados para Portugal integram adequações à nossa realidade. Basta pensar se será possível, por exemplo, o hospital acolher os movimentos de solidariedade que em Portugal são tão importantes no apoio psicológico ao doente, expressas, por exemplo, nos caudais humanos que visitam os doentes no hospital. Eu não sei se as pessoas já equacionaram tudo isto, porque a sociedade civil portuguesa tem conseguido encontrar soluções originais, prescindindo totalmente do controle do sistema de saúde. Basta pensar nas trajectórias de articulação de cuidados que não passam só pela medicina oficial, mas também por outros tipos de medicina, conseguindo resolver os seus problemas de saúde, bem como da angariação de recursos para pagar a saúde. Há formas de

economia subterrânea de angariação e gestão de fundos, que são invisíveis face ao Estado, mas que são visíveis no plano local e que têm permitido que a população portuguesa tenha sabido resolver, prescindindo do sistema, de uma forma original e com uma grande dose de invenção, os seus problemas de saúde, aproveitando-se eventualmente dos hospitais, dos centros de saúde, do endireita, do farmacêutico, dos vizinhos, etc..

Lopes Pereira:

Dou o exemplo em relação ao que indicou e possivelmente outros haverá pelo país fora, ilustrando essa tese de que o sistema público, quando bem gerido, pode ser um modelo de virtudes e apresentar resultados espectaculares. Em meados dos anos 80 inaugurou-se um hospital público de certa região e logo se notou que ocorreriam índices muito baixos de venda de seguros de saúde. Viemos a concluir que não havia aptência para o produto, exactamente pela imagem e satisfação das necessidades alcançadas através desse hospital. Passados anos, vi-me confrontado com um estudo elaborado por distintos consultores e que apontava essa região como uma área prioritária para a acção de vendas, exactamente porquanto em termos estatísticos lhes oferecia essa conclusão de baixo rácio de apólices por habitante. Fiquei de boca aberta e lá tive que contar a história do célebre hospital que, possivelmente, sendo uma excepção à regra na década de oitenta, talvez já tenha decaído em popularidade.