

Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Outubro 2011 • N.º 5

A Crise e os Desafios do Sistema de Saúde

Adalberto Campos Fernandes

O Sistema de Saúde Português

Ana Paula Cabral

O Papel das Misericórdias nos
Cuidados Continuados em Portugal:
Um Reencontro com a História

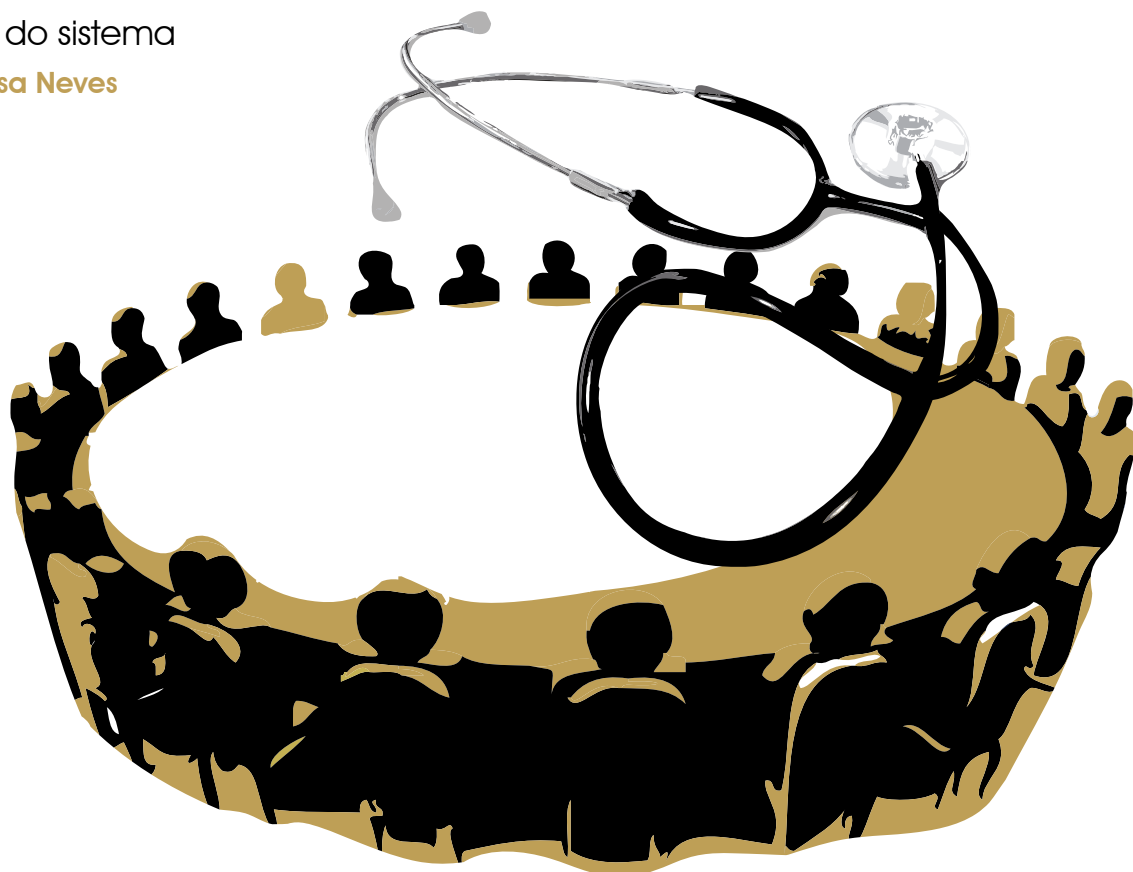
João Pedro Monteiro Amaral

A (in)gestão hospitalar

Nuno Mota Soares

Os Médicos vão ter de ser os
motores da reforma do sistema

Entrevista a Miguel Sousa Neves



Sumário

- 2 Estatuto Editorial
- 3 Editorial
Miguel Sousa Neves
- 4 A Crise e os Desafios do Sistema de Saúde
Adalberto Campos Fernandes
- 6 O Sistema de Saúde Português
Ana Paula Cabral



- 10 O Papel das Misericórdias nos Cuidados Continuados em Portugal – Um Reencontro com a História
João Pedro Monteiro Amaral



- 15 Notícias
- 16 A (in)gestão hospitalar
Nuno Mota Soares
- 18 Os Médicos vão ter de ser os motores da reforma do sistema
Entrevista a Miguel Sousa Neves

- 22 Livros
- 24 Fundação da SPGS
Ficha de Inscrição

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE
Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 5 • Outubro 2011

DIRECTOR
Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO
Marinha Abreu

REDACÇÃO, DESIGN E PRODUÇÃO
VFBM Comunicação, Lda.

PROPRIEDADE:
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
E-mail: info@spgsaude.pt
Site: www.spgsaude.pt

DEPÓSITO LEGAL:
239095/06

REGISTO ICS:
Exclusão de registo prevista no art.º 12,
alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

PERIODICIDADE:
Quadrimestral

PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO:
NVV - Novos Suportes Publicitários, Lda.
TIRAGEM:
2.500 exemplares

Estatuto Editorial



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objectivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no sector da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a directores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica. A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública.

A RPGS adopta como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela actualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colabora-

dores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

- i) Os conhecimentos e os valores do grande público reflectem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
- ii) A gestão eficiente e eficaz do sector da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
- iii) Os *mass media* constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
- iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redacção da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade. Através da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, procurar-se-á ainda manter o leitor actualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto directo na gestão dos serviços de saúde. A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Editorial



Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

Caros amigos e colegas,

Em tempos conturbados e muito difíceis cá vamos dando o nosso pequeno contributo na discussão de assuntos relacionados com a gestão de saúde no nosso país.

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) está viva e vai obtendo o apoio de novos associados que têm demonstrado interesse em participar nas suas actividades. E quer se queira ou não, nós vamos recriando o nosso espaço e sentimos ser úteis a muitos colegas e instituições que nos visitam através da consulta do nosso site **www.spgsaude.pt** onde vamos colocando o que se vai noticiando e publicando sobre a gestão de saúde no nosso país. Temos também utilizado a nossa página no facebook para ir informando os amigos do que se vai passando.

Adalberto Campos Fernandes, Ana Paula

Cabral, João Amaral e Nuno Mota Soares são pessoas com formações diferenciadas mas com interesses comuns na SAÚDE: contribuir de formas variadas para uma melhor gestão da nossa saúde.

Em breve lançaremos algumas reuniões temáticas cujo objectivo principal será melhorar a nossa compreensão em determinadas áreas muito específicas e ser um meio de ajuda para a gestão, grande ou pequena, do nosso trabalho diário no campo da saúde.

Como a revista é quadrimestral, aproveito para desejar um Feliz Natal e um desejo muito sincero de que o Novo Ano nos possa trazer algumas Agradáveis Surpresas no espaço em que actuamos e no país em geral. Um abraço de amizade do amigo ao dispor,

Miguel Sousa Neves

Outubro de 2011

A Crise e os Desafios do Sistema

Adalberto Campos Fernandes **Autor**

Administrador Hospitalar; ENSP UNL

O sistema de saúde está hoje confrontado com um dos maiores desafios da sua história. Nos últimos meses temos vindo a assistir a um processo de mudança cujo alcance estamos longe de poder medir e valorizar. A intensidade das medidas não deixa grande margem para dúvidas quanto à relevância do seu impacto.

Com efeito, quando em Maio passado, o Estado português assinou o memorando de entendimento com o Banco Central Europeu, a Comissão Europeia e o Fundo Monetário Internacional a percepção geral foi muito positiva apesar da severidade das medidas então preconizadas.

Os compromissos firmados, para o sector da Saúde, tinham a grande virtude de sinalizar uma agenda para a mudança com impactos verdadeiramente reformistas não apenas para o serviço nacional de saúde mas também para o sistema de saúde na sua expressão mais global. O traço dominante das medidas enunciadas caracterizava-se pela conjugação entre eficiência e transparência. Este caminho parecia, aliás, ser o único para garantir a defesa do serviço nacional de saúde face à ameaça de insustentabilidade económica. Neste sentido é justo reconhecer que o quadro de referên-

cia, para a reforma do sistema de saúde, imposto pela *troika* acabou por gerar um grande consenso pela maior parte dos agentes que intervêm no sector da saúde.

É reconhecido que, apesar das diferenças políticas ou ideológicas, ninguém põe em causa que a melhor maneira de defender o sistema de saúde passa por garantir uma boa utilização dos recursos.

Com efeito, a sustentabilidade do sistema de saúde depende de uma cultura de rigor e de escrutínio público que permita comparar resultados não apenas ao nível do desempenho económico e financeiro mas também ao nível dos indicadores assistenciais onde devem coexistir dados sobre a qualidade e os resultados a nível técnico, clínico e científico.

Um sistema de saúde moderno, eficaz e competente tem de estar suportado em práticas auditáveis e comparáveis onde prevaleça o exercício de uma medicina clínica de base científica exigente na qualidade mas também na adequada utilização dos recursos.

Concluída esta primeira fase e decorridos cinco meses sobre a assinatura do memorando de entendimento, temos pela frente dois importantes documentos cujo conteúdo nos deve merecer a melhor atenção – a

Estratégia Orçamental 2011-2015 e o Orçamento Geral do Estado para o ano de 2012.

Embora nas grandes linhas de orientação ambos os documentos sigam os eixos fundamentais do memorando de entendimento sobressaem, contudo, alguns aspectos que pela falta de explicitação nos devem merecer alguma atenção.

Em primeiro lugar as designadas reformas estruturais, ou seja, aquilo que tem que ver diretamente com a rede hospitalar, de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados integrados. Neste âmbito, parecem pouco explícitos temas como a estrutura e tipologia das diferentes redes, mecanismos de articulação, integração e referenciação, modelos de governo institucional e gestão de recursos humanos. Por outro lado, não fica claro qual o modo como será resolvido o problema do endividamento e da insolvabilidade num contexto em que a despesa pública é diminuída em mais 1.200 milhões de euros.

Estas são algumas das razões que fazem antever que os próximos anos serão muito exigentes obrigando a escolhas e a opções muito difíceis. Esperamos que todos possam convergir num esforço sério de defesa do sistema de saúde, garantindo a respectiva sustentabilidade sem





comprometer os direitos de acesso gerando inevitáveis consequências sobre os resultados em saúde.

concretizar as medidas de transformação e de reforma do sistema de saúde há muito adiadas. A margem de manobra é muito pequena quer nos meios quer no tempo disponível. Estão por isso criadas as condições para que os diferentes actores do sistema de saúde convirjam no mesmo sentido, contribuindo de uma forma positiva para implementar as diferentes medidas. Se o fizermos com

Neste caminho difícil impõe-se que os cidadãos desempenhem um papel cada vez mais exigente, enquanto contribuintes, no acompanhamento da forma com os recursos públicos serão alocados nas diferentes componentes do sistema de saúde. É fundamental que, apesar das dificuldades emergentes, se aproveite este período para

bom senso, rigor, transparência e sentido de justiça social e de equidade poderemos contribuir para a transformação decisiva do sistema de saúde que há muito tempo esperávamos. Dessa forma estaremos em condições de assegurar que os princípios fundacionais do serviço nacional de saúde da universalidade e de equidade se mantêm através de uma reforçada e duradoura garantia da sua sustentabilidade.

O Sistema de Saúde Português

Ana Paula Cabral **Autor**

Jurista

Hodiernamente, é de forma diferente que cada um dos Estados desempenha a função social de contribuir para a prestação de cuidados de saúde dos seus nacionais e mesmo daqueles que não são mais do que apenas residentes, legais ou até ilegais. Podemos assumir que já não é só aos Estados, em si mesmos, que cabe essa missão mas também aos diferentes *players* do sector, *per se*, ou exercendo uma actividade conjugada com o Estado, ou mesmo com os próprios destinatários das prestações.

Existem vários modelos de Sistemas de Saúde, mesmo em sociedades politicamente organizadas segundo um modelo semelhante ao português. Estes modelos corporizam a forma como cada uma delas considera mais adequada a prestação ou pelo menos a supervisão da prestação de cuidados de saúde.

Alguns destes sistemas fundam-se na prestação dos cuidados, de forma directa e universal pelo Estado-prestador; outros assentam num modelo em que cada um constitui um seguro de saúde, obrigatório ou não, conjugado com a intervenção controladora, de garantia do Estado-regulador; outros ainda baseiam-se na ligação destas duas vertentes. Para distinguir os Sistemas de Saúde entre si, há que ponderar alguns aspectos, como a quantidade e natureza da produção, grau de liberdade de escolha, equidade no acesso aos cuidados de saúde, grau de centralismo da organização, socialização das prestações e capacidade de reforma.

Assim, temos:

- O Modelo de Bismark originário da Alemanha, em 1883, baseado no financiamento

por quotizações de trabalhadores e empregadores e caracterizado pela universalidade do acesso, embora condicionada pelo emprego e revelando uma forte intervenção pública, estadual.

- O Modelo de Beveridge, surgido no Reino Unido, em 1948, que se baseia no financiamento à custa dos impostos (proporcionais ao rendimento dos contribuintes). Caracteriza-se pela universalidade do acesso, sendo o direito à saúde independente do trabalho e emprego.

- O Modelo de mercado, típico dos Estados Unidos da América, baseava-se nos seguros privados, dependendo da capacidade de aquisição de seguros de saúde pelos indivíduos e pelas empresas, ficando por isso o acesso aos cuidados de saúde dependente da capacidade dos utentes. Este sistema combinava os seguros privados com prestações sociais públicas para os mais desfavorecidos, traduzindo uma justaposição de sistemas concorrentes. Um aspecto negativo que lhe era apontado era a precariedade do acesso dos seus potenciais utilizadores. A exclusão de muitos utentes às prestações de cuidados de saúde foi sem dúvida apontada como um dos seus principais problemas se não mesmo o principal deste sistema.

Constituiu mesmo uma das “bandeiras” do actual Presidente dos EUA, Obama, a alteração deste Sistema de Saúde, tornando as prestações de cuidados de saúde acessíveis para todos e obviando à limitação do acesso revelada como típica do tradicional sistema aí vigente. Note-se porém que a inovação neste sistema introduzida por força da intervenção de Obama, simulta-

neamente muito contestada e aplaudida, não redundou na transformação do Sistema de Saúde dos EUA à imagem e semelhança dos sistemas de cariz público mais reforçado, apenas se traduziu no reforço do acesso aos cuidados de saúde por todos e não apenas para alguns.

- O vulgarmente designado Sistema Francês é outro modelo misto, inspirado no modelo bismarkiano, mas baseado num seguro obrigatório, conjugado com a protecção social, concretizada em prestações não contributivas para os mais desfavorecidos. Não podemos deixar de fazer uma ténue referência ao sistema actualmente vigente na Holanda e granjeando um óptimo lugar nas avaliações internacionais, que se funda na existência e obrigatoriedade de um seguro privado, reforçando a liberdade de escolha de cada um dos utilizadores das prestações de cuidados de saúde.

Aliás, conforme explicam Rui Nunes e Guilhermina Rego, no livro *Prioridades na Saúde*, um dos modelos de racionamento inevitável de recursos na Saúde é o Modelo Holandês bem como o Modelo do Estado Americano de Oregon, permitindo fazer face à inelutável necessidade de alteração da organização do serviço público de saúde, de modo a torná-lo mais eficiente na distribuição e aplicação dos escassos recursos, lançando mão ao estabelecimento de um pacote básico de saúde.

De facto, é defensável a uma voz a possibilidade e imperiosidade da segmentação do sistema, sendo-lhe deste modo conferida essencial tensão e competitividade.

Conforme referem aqueles autores¹:

Para além do pressuposto ser a eficiência

¹ - In *Prioridades na Saúde*, página 102.

macro e microeconómica, está em causa a aplicação concreta da igualdade de oportunidades (...) no estabelecimento de prioridades na saúde.

(...) a existência de necessidades ilimitadas e a escassez de recursos serviram para justificar a política de racionamento presente nos dois modelos referidos. De facto, o estabelecimento de prioridades é instrumental para assegurar a universalidade do acesso e uma distribuição equitativa dos recursos.

Visando proceder à caracterização do Sistema de Saúde Português, há que começar (seja pela sua tradição, seja pela sua real importância) por fazer um exercício de detenção sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a reforma de que este tem vindo a ser alvo. O Serviço Nacional de Saúde Português² integra-se no Sistema Nacional de Saúde, visando este a efectivação do direito à protecção da saúde. Este direito baseia-se num conjunto de valores fundamentais, como a dignidade humana, equidade,



ética e solidariedade, assumidos pelo Estado Português, pertencendo o direito à protecção da saúde ao catálogo de direitos fundamentais inserto na Constituição da República Portuguesa.

Um sistema de saúde como o português, onde se consagra o primado do cidadão como sua figura fulcral, não pode desproteger nenhum tipo de utente.

Da consagração deste direito fundamental, de natureza social decorre que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Trata-se de um direito à prestação de cuidados de saúde tendencialmente gratuita³.

Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

O Sistema de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde; todas as entidades públicas a quem cabe a promoção, prevenção e tratamento na

2 - Não vamos aqui aprofundar a amplamente debatida problemática sobre a defesa da existência de um Serviço Nacional de Saúde, ou a sua crónica insustentabilidade, ou mesmo, se deve haver um esforço no sentido de o manter tal e qual ou sujeitá-lo a alterações que têm que ser tão profundas que o desnaturam completamente.

3 - Independentemente da evolução decorrente da situação de crise económico-financeira a atravessar por Portugal, já a incomensurável necessidade de se fazer face às muitas necessidades em Saúde, que importam uma cada vez maior despesa, conjugada com a limitação de recursos de qualquer Estado, e assim do português, indiciam uma inelutável necessidade de alteração da natureza tendencialmente gratuita das prestações de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. Não que isto signifique uma mudança de filosofia e teoria de justiça subjacente à política de saúde traduzindo uma mudança, da assunção de uma teoria igualitarista para adopção de uma teoria libertária.

área da saúde; todas as entidades privadas e profissionais livres que acordem a prestação de todas ou algumas daquelas actividades. O SNS é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde (v.g. estabelecimentos hospitalares, centros hospitalares, unidades locais de saúde, centros de saúde e seus agrupamentos).

A verdade é que: *mudam-se os tempos, mudam-se as necessidades, mudam-se as exigências.*

O direito à protecção da saúde, como já referimos, passou a estar consagrado ao mais alto nível, no ordenamento jurídico português, isto é, na Lei Fundamental (CRP), bem como, ao nível legal, na Lei de Bases da Saúde e demais legislação.

O Estado passou a assumir a responsabilidade pela protecção do direito à Saúde, com a obrigatória colaboração de cada um dos titulares deste direito.

O Sistema de Saúde Português⁴, tal como os outros que se lhe assemelham, tem vindo a sofrer reformas que revelam e são exemplo de um esbater das características típicas do modelo de sistema de Saúde que se considera como sendo o adoptado (Modelo de Beveridge) e uma aproximação de outros modelos, cujas causas e objectivos são comuns. Mas, mais do que tudo isso, em nosso entender, essas mudanças indicam o surgimento no horizonte, não muito longínquo, de um novo paradigma de Sistema de Saúde que, para além da dimensão nacional, enverga uma dimensão europeia⁵. Mais profundamente, foi dado o primeiro passo para um Sistema de Saúde com uma dimensão a nível transeuropeu, por força da globalização.

Igualmente é inegável a existência de novos modelos de gestão e regulação no Sector da Saúde⁶, tal como em toda a economia.

Esta situação implica a indispensabilidade da Regulação (económica, social, técnica, secundária), no mercado concorrencial da Saúde (apesar de e por força das falhas de mercado, assimetrias de informação, etc.). O utente, ou, dito de outro modo, o cliente é cada vez mais o fulcro do sistema, devendo existir um esforço no sentido de fortalecer o investimento na medicina preventiva e na medicina baseada na evidência e não apenas na curativa, pois não só aquela é menos dispendiosa em termos puramente financeiros como em termos humanos, permitindo uma maior qualidade dos cuidados de saúde.

É um facto que, se o Sistema de Saúde for mais eficiente poderão ser prestados mais cuidados de saúde e de melhor qualidade com o mesmo ou menor esforço financeiro a mais destinatários que deles necessitem.

O Sistema de Saúde actual tem que ser um sistema “preocupado” com os seus utentes, tendo no seu cerne, como já afirmámos, os cidadãos. Alguns destes, titulares de mais vulnerabilidades, resultantes não apenas do seu estado de saúde ou ausência dela, mas das assimetrias de educação, rendimento e mesmo de literacia que tão patentes estão na sociedade portuguesa e limitam drasticamente o acesso aos cuidados de saúde. É que, apesar de se afirmar, como estandarte da melhoria dos sistemas de saúde, por exemplo o aumento da esperança de vida, há que questionar se será tão positivo esse aumento, quando é sabido que essa vida, que felizmente é em regra mais prolongada, não se caracteriza por ter um mínimo de qualidade.

Quando se analisa um sistema de saúde há que ponderar a existência de prestações de cuidados de saúde, os gastos inerentes a estas e a acessibilidade equitativa a essas

prestações.

Há portanto que ponderar a eficácia e eficiência do sistema que, naturalmente, implica sempre gigantescas despesas em Estados em crise e que deixaram de ser Estados Sociais no sentido estrito do termo para passarem a ser Estados Garantísticos. Por isso, defendemos que o Estado não deve ter receio de largar mão da sua função de prestador, para agarrar com força, abraçando-a, a sua função de fiscalizador, supervisor, financiador e regulador, tudo em benefício da prossecução do interesse público, da melhor forma. Eficiência, responsabilidade social e individual, equidade no acesso, concorrência, liberdade de escolha, qualidade, direitos dos utentes, são algumas das palavras-chave do novo paradigma de Sistema de Saúde, que se vem afirmando e onde devem actuar todos os *players* da Saúde, independentemente da sua natureza jurídica ser pública, social ou privada e do seu âmbito geográfico de intervenção, ficando o Estado sempre com o encargo de garantir o bom funcionamento desse sistema. Defendemos este novo e complexo modelo, ainda que para o implementar haja que proceder a algumas necessárias alterações legislativas, ao mais alto nível, isto é, ao nível constitucional.

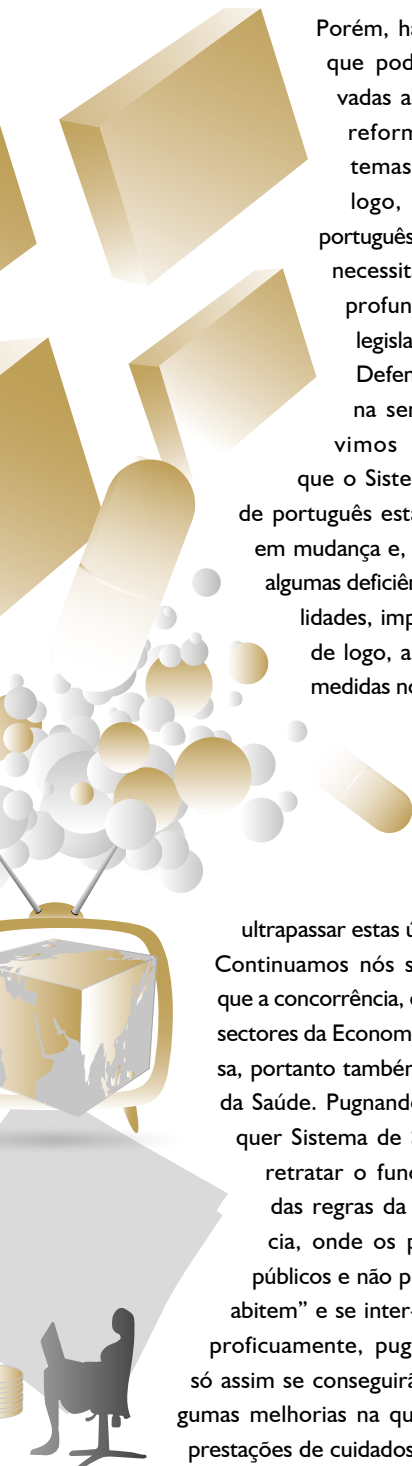
4 - Em aparente contradição com o afirmado na nota anterior, defendemos que urge continuar a proceder a mudanças no Sistema de Saúde Português. De facto, é do conhecimento geral que o Serviço Nacional de Saúde, elemento integrante daquele, padece de alguma ineficiência, o que o levou a ser por muitos considerado como ineficiente e insustentável.

O Tribunal de Contas, na auditoria que fez ao SNS, concluiu, entre outras coisas, pela existência do desperdício dos recursos financeiros, ascendendo aos 25% do montante afecto à saúde.

Porém, afirma Eugénio Rosa, num dos seus estudos, quando defende que o Serviço Nacional de Saúde é Sustentável, que o objectivo do SNS não é o lucro, pelo que a sua sustentabilidade deve ser analisada em três dimensões: a eficácia (assegurar a universalidade do direito à saúde e melhorias contínuas na saúde da população), a eficiência (boa utilização dos recursos disponíveis para assegurar o equilíbrio das suas contas), e a responsabilização (pelo incumprimento dos objectivos e pelas ineficiências).

5 - No sentido deste nosso entendimento veja-se a recentemente aprovada Directiva sobre a Mobilidade dos doentes, a que já nos referimos anteriormente.

6 - Que passam, fundamentalmente, pela adopção de regras de gestão, importadas do sector privado, para os *players* públicos da saúde, que passam a preocupar-se com o pautar a sua actuação pelo atingir de objectivos, eliminar o desperdício, embora mantendo sempre a necessária preocupação da prossecução do interesse público secundário que é a prestação de cuidados de saúde, à maior parte das pessoas que dele necessite e da melhor qualidade possível, com o menor dispêndio possível, racionalizando os recursos disponíveis.



Porém, há melhorias que podem ser levadas a cabo, para reformar os sistemas de saúde, logo, também o português, e que nem necessitam de uma profunda reforma legislativa. Defendemos, na senda do que vimos referindo, que o Sistema de Saúde português está em devir, em mudança e, constatadas algumas deficiências e fragilidades, impõe-se, desde logo, a tomada de medidas no sentido de

ultrapassar estas últimas.

Continuamos nós sustentando que a concorrência, em todos os sectores da Economia é vantajosa, portanto também no Sector da Saúde. Pugnando que qualquer Sistema de Saúde deve retratar o funcionamento das regras da concorrência, onde os prestadores públicos e não públicos “coabitem” e se inter-relacionem proficuamente, pugnamos que só assim se conseguirão obter algumas melhorias na qualidade das prestações de cuidados de saúde e no seu acesso, o que consubstancia vantagens para os utentes. Porém, deparamo-nos com situações que revelam a existência de sistemas onde essa concorrência não se revelou tão vantajosa quanto isso. Um exemplo paradigmático dessas situações era o Sistema de Saúde dos EUA antes da sua reformulação, tido por ter entrado em falência.

Em conclusão, reiteramos aquilo que já afirmámos anteriormente, ou seja, o Sistema de Saúde português nada tem a ver

com o seu perfil de alguns anos atrás. Está em mudança por força de factores de natureza endógena e exógena.

Estas alterações resultam da evolução dos tempos, da mudança das características do Estado que deixa de ser prestador para ser, também na área da saúde, Estado-Garantia. Duas notas fundamentais caracterizadas do Sistema de Saúde português e de outros semelhantes a ele são, por um lado, a necessidade de contemplar como prestadores em concorrência sã e leal os de natureza pública com os não públicos (privados e sociais), visando a prestação de cuidados de saúde cada vez em maior número e de maior qualidade; por outro lado, a dimensão do sistema de saúde, para além do nacional, notória a nível europeu e que começa mesmo a afirmar-se para além das fronteiras da Europa, por força da globalização e pelo grassar de fenómenos como o turismo de saúde a que vários países se vêm dedicando, sendo de salientar as excelentes condições de Portugal para este tipo de actividade.

Podemos igualmente afirmar que a necessidade de mudança do sistema de saúde português não é o mesmo que a defesa da extinção do Serviço Nacional de Saúde. Defendemos antes a alteração do Serviço Nacional de Saúde, de modo a torná-lo mais eficiente e eficaz, desde logo, sustentável. A priorização em saúde é imperiosa, não se ficando pela priorização tácita mas indo mesmo para modelos de priorização, sejam segundo o modelo holandês ou do Estado de Oregon, ou qualquer outro que entretanto se conceba.

O facto é que os recursos são escassos e as necessidades a satisfazer muitas, aliás cada vez em maior número e importando custos mais elevados.

Como Guilhermina Rego várias vezes afirma: *a saúde não tem preço, mas tem custos* e é necessário fazer face a estes.

Continuamos reiterando que a concorrência na área da Saúde é defensável. Aliás, parece ser a forma de reformar o Sistema de Saúde, seja ele qual for, podendo funcionar sem carecer de grandes intervenções do Estado. De facto, pode funcionar de dentro para fora, através da intervenção dos diferentes intervenientes no Sistema, desde que se trate do tipo correcto de concor-

rência, isto é, concorrência em valor tendo em vista a obtenção de resultados.

Por isso, defendemos um novo paradigma de sistema de saúde, onde os diferentes *players* surjam desempenhando o seu papel, tendo como cerne os cidadãos, utentes das prestações de cuidados de saúde.

Podemos mesmo afirmar a existência de um mercado comum de cuidados de saúde. Trata-se de um modelo baseado na liberdade de escolha das unidades de saúde pelo utente. Pretende-se a afirmação de uma rede europeia de cuidados de saúde, com a asseveração da mobilidade dos doentes e dos profissionais, além da integração de sistemas de saúde.

Constata-se a existência de problemas, que simultaneamente constituem desafios comuns aos sistemas de saúde europeus, como é o caso do envelhecimento da população, da liberdade de circulação dos cidadãos europeus no espaço europeu, da necessidade de cuidados de saúde cada vez mais sofisticados, maiores exigências e reivindicações dos utentes.

Mas impõe-se, como necessidade imprescindível, uma regulação “moderna” e forte, para ser eficiente e eficaz, envolvendo o próprio prestador. Só assim sendo possível contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde.

O Sistema de Saúde Português, tal como os outros que se lhe assemelham, tem vindo a sofrer reformas que se traduzem na aproximação de modelos, na adopção de causas e objectivos comuns, na afirmação de um novo paradigma de Sistema de Saúde (Nacional / Europeu), de novos modelos de gestão e regulação no Sector da Saúde, na imperiosidade da Regulação (económica, social, técnica, secundária), no mercado concorrencial da Saúde (apesar/por força das falhas de mercado, assimetrias de informação, etc.) onde o utente passa a ser o fulcro do sistema.

À guisa de conclusão final, reiteramos a afirmação do surgimento de um novo paradigma de Sistema de Saúde, fundado na concorrência baseada no valor e focada nos resultados, com a participação de todos os intervenientes no sistema, não olvidando a sua dimensão transnacional, que permite realçar a possibilidade de consagração de um Sistema de Saúde de nível europeu.

O Papel das Misericórdias nos em Portugal – Um Reencontro

João Pedro Monteiro Amaral **Autor**

Administrador Hospitalar

Quando me lançaram o desafio de escrever algumas linhas sobre o papel destas instituições seculares na área dos cuidados continuados, considerei tratar-se de algo também representativo da forma como nos organizamos enquanto sociedade e desde logo motivo para uma análise retrospectiva e multifacetada. Nos dias de hoje é praticamente imediata a ligação que estabelecemos entre estas instituições e a sua intervenção na área social, o que nem sempre acontece no vínculo com o sector da Saúde. Contudo, esta tendência não tem fundamento histórico uma vez que há mais de 500 anos que as Santas Casas da Misericórdia se dedicam também à Saúde, incorporando na sua origem uma das “14 Obras de Misericórdia” que manda “Cuidar dos Enfermos” e que S. Francisco Xavier ilustrou de forma cuidada nas palavras que dirigiu, de Goa, a S. Inácio de Loyola:

“Haveis de saber que nesta terra e em todos os mais lugares de cristãos há uma companhia de homens muito honrados, que têm cargo de amparar toda a gente necessitada,

assim os naturais cristãos como os que novamente se convertem. Esta companhia de homens portugueses se chama a Misericórdia; é coisa de admiração ver o serviço que estes homens bons fazem a Deus Nosso Senhor em favorecer todos os necessitados”.

S. Francisco Xavier – Ano de 1542

No âmbito desta reflexão, importa aqui retratar que durante séculos os portugueses contaram com as Misericórdias, em particular com os seus hospitais, para o auxílio das populações na área da saúde. Até 1975, ano que marca a “nacionalização” dos hospitais das Misericórdias, todo o apoio hospitalar prestado às populações estava essencialmente a cargo das Santas Casas que, exceptuando os hospitais oficiais de Lisboa, Porto e Coimbra, detinham a quase totalidade da rede hospitalar conhecida até essa época, que incluía o Hospital Central de Santo António do Porto, 25 hospitais regionais (correspondendo as regiões aproximadamente aos distritos) e 256 hospitais sub-regionais (correspondendo as sub-regiões apro-

ximadamente aos concelhos, conforme a Lei N.º 2001, de 2 de Abril de 1946). Vendo-se a braços com uma “nacionalização” massiva dos seus hospitais, as Misericórdias Portuguesas diminuem a sua intervenção na área da saúde e investem fortemente em outras áreas, sendo das mais representativas as actividades de apoio à infância e à terceira idade.

Nas últimas três décadas, o nosso país mudou muito e o desenvolvimento socioeconómico alcançado permitiu uma considerável melhoria das condições de vida que, a par do progresso da medicina, possibilitaram um notável aumento da esperança média de vida da nossa população. Esta conquista civilizacional traz consigo novos desafios que a sociedade portuguesa terá de transpor e para os quais necessita de se estruturar devidamente. Infelizmente, a contrastar com o aumento da esperança média de vida, assistimos também a uma assinalável diminuição da natalidade, provocando assim uma profunda alteração da nossa estrutura demográfica. Sabendo que é a população activa que sustenta as necessidades de todos quan-

tos não trabalham, podemos antever sérias dificuldades num futuro próximo. Segundo dados do Eurostat, Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050. As previsões apontam para que o número de activos diminua de 67% da população (em 2004) para 55% da população (em 2050), tornando Portugal num dos três países da União Europeia (entre Espanha e Itália) a apresentar menor percentagem de pessoas entre os 15 e os 64 anos. Em contraste com estes valores, as projecções do Departamento Estatístico da União Europeia apontam praticamente para a duplicação do número de pessoas com mais de 65 anos no período compreendido entre 2004 (16,9% da população) e 2050 (31,9% da população). Portugal tornar-se-á assim no quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, somente ultrapassado pela Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%). Em termos de crescimento económico importa registar que na última década (de 2000 a 2010) o produto interno bruto do nos-

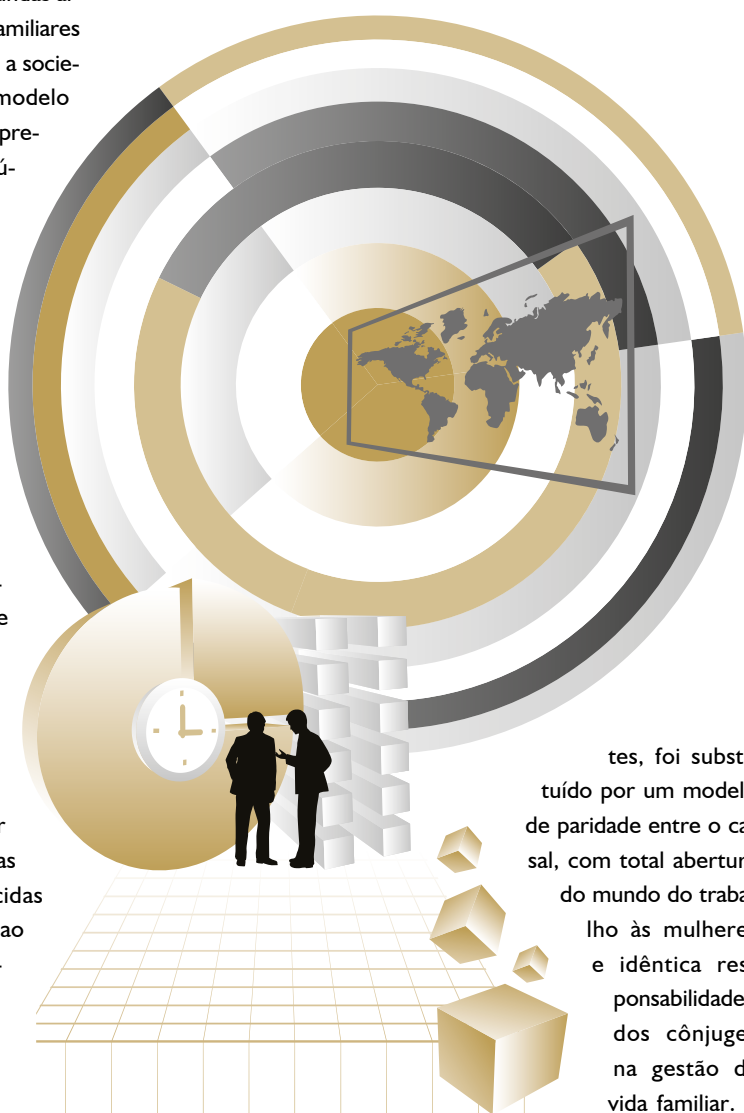
Cuidados Continuados com a História

so país cresceu somente 6,47%, o que coloca Portugal no penúltimo lugar de um *ranking* de 179 países que integraram um estudo efectuado pelo Fundo Monetário Internacional (somente ultrapassado pela Itália que apresenta um crescimento do PIB na ordem dos 2,43% no período homólogo). O mesmo documento demonstra ainda um crescimento de 22,43% do PIB Espanhol, 28,09% do PIB Grego e 28,96% do PIB Irlandês. A análise a estes dados evidencia, uma vez mais, o défice externo, o desequilíbrio das contas públicas e o peso da máquina do Estado como factores promotores do fraco crescimento da economia portuguesa. Conjugando as projecções demográficas do Eurostat com a realidade económica dos últimos anos, onde para além de um fraquíssimo crescimento económico temos assistido ao endividamento generalizado, designadamente por parte do Estado e das famílias, importa ainda analisar a estrutura das relações familiares e sociais para obtermos a antevisão sintetizada de um dos maiores desafios que a sociedade portuguesa enfrentará ao romper do terceiro milénio.

A segunda metade do séc. XX (sobretudo no período sucedâneo à revolução dos cravos) caracteriza-se por profundas alterações nas relações familiares e sociais que compõem a sociedade portuguesa. O modelo de famílias extensas, representado pelo elevado número de membros que constituem o mesmo agregado, incluindo parentes de diferentes gerações, dá lugar a um modelo de família nuclear, de agregados pequenos, habitualmente constituídos pelo casal e seus filhos. Das quintas e aldeias de outrora, onde praticamente toda a família se encontrava reunida no mesmo aglomerado rural, as famílias portuguesas dispersam-se agora por cidades onde, não raras vezes, são desconhecidas dos vizinhos da porta ao lado. O “contrato social” que pressupunha a evidente destrição do papel masculino e feminino, associando

os locais de trabalho remunerado essencialmente aos homens e remetendo a mulheres para

as actividades de organização do lar, tendo aí o papel de cuidadoras das crianças, idosos e doen-



tes, foi substituído por um modelo de paridade entre o casal, com total abertura do mundo do trabalho às mulheres e idêntica responsabilidade dos cônjuges na gestão da vida familiar. É

neste contexto que emergem outros tipos de organização familiar, designadamente as famílias monoparentais, as famílias recompostas e as famílias unipessoais (constituídas essencialmente por idosos que mantêm o seu próprio núcleo familiar após viuvez). Não será pois de estranhar que o primado do modelo de família nuclear e urbano condicione extraordinariamente o apoio prestado aos elementos das gerações mais velhas, assistindo-se a numerosas histórias de pobreza, isolamento e solidão, exclusão social e abandono dos nossos idosos. A par da expansão de respostas de apoio social centradas nas necessidades emergentes, particularmente lares, centros de dia e unidades de apoio domiciliário, cresce exponencialmente o número de famílias que não consegue acorrer às carências dos seus elementos mais velhos. Multiplicam-se os pedidos, feitos por entidades e particulares, junto das instituições que estão no terreno, ficando muitos deles sem resposta atempada por clara falta de recursos disponíveis.

Estimando que no ano de 2050 11% da população portuguesa terá mais de 80 anos (contrastando com os 4,4% de 2004), é também importante focar a nossa análise no perfil de patologias associadas, com aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, de natureza cardiovascular, cerebrovascular e neurológica, de que serão bons exemplos os AVC, a doença de Parkinson e a doença de Alzheimer.

É neste complexo contexto que devemos gizar, enquanto sociedade, a estratégia necessária à implementação do conjunto de respostas, designadamente de natureza social e económi-

ca, que possam traduzir uma ajustada cobertura das necessidades e expectativas dos cidadãos, confrontados com uma futura realidade de dimensões e características ainda por descobrir. E sabemos que os tempos não estão para grandes análises prospectivas. Os ciclos políticos de governação tendem a ser cada vez mais curtos e parece que o imediatismo da nossa vida contemporânea já não passa sem números acabados para a hora dos telejornais. Esta crise financeira e económica, que nos entra pela casa adentro, com FMI-CE-BCE a multiplicarem exigências de corte aqui e ali, justificando assim a validação do financiamento com que, nos próximos meses, tornaremos a comprar bens aos nossos credores que são, oportuna e casuisticamente, os nossos principais financiadores, não propicia condições para a promoção de políticas de regime que alcancem sucesso num futuro que se deve projectar além do prazo de validade de uma lata de atum, ou seja, além do horizonte eleitoral imediato. Bem sabemos que é importante. Bem sabemos que não pode esperar e daqui depende o dia de amanhã. Mas trata-se de um amanhã curto, que nos cerceia as análises e decisões certas para depois de amanhã. Vivemos ocupados com as reflexões para hoje e não nos apercebemos do tumor social, silencioso, que se vai definindo no âmago do nosso tecido colectivo. Atenemos pois à genérica equação que, resumidamente, envolve alguns dos factores já aqui enunciados:

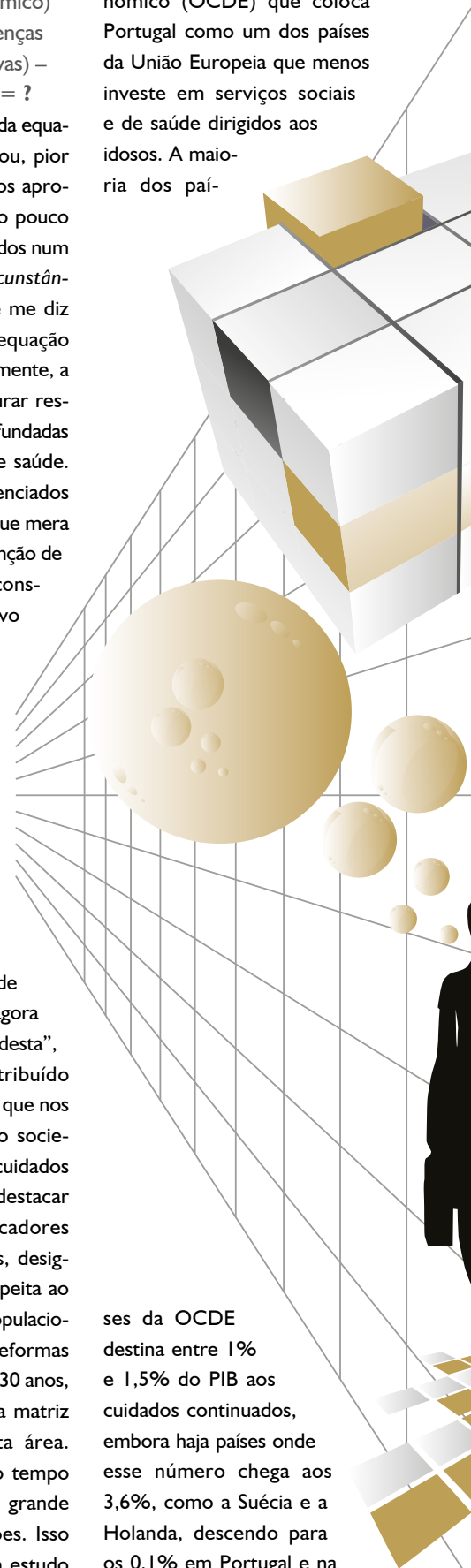
Equação Portugal até

2050 = + (idosos) – (natalidade) + (aumento da esperança média de vida) – (população activa) +

(despesa do Estado Social) – (crescimento económico) + (prevalência de doenças crónicas e degenerativas) – (suporte das famílias) = ?
E qual será o resultado da equação se nada fizermos ou, pior que a emenda, achemos apropriada a interrupção do pouco que já fizemos, suportados num ilusório “*porque a circunstância se impõe*”? No que me diz respeito, a presente equação demonstra, inequivocamente, a necessidade de estruturar respostas para além das já fundadas em matéria social e de saúde. À luz dos factos referenciados esta procura, mais do que mera opção estratégica ou função de natureza ideológica, constitui-se como imperativo nacional. A constante deriva, que já parece fado do nosso país, caracterizada por permanentes reformas que nunca se concluem, interrompidas por outras reformas ou contra-reformas impostas por alguém que entretanto acaba de chegar e anuncia que “*agora é que vai ser*”, que “*é desta*”, tem largamente contribuído para a encruzilhada em que nos encontramos enquanto sociedade. Em matéria de cuidados continuados importa destacar que países com indicadores bem mais promissores, designadamente no que respeita ao seu envelhecimento populacional, avançaram para reformas estruturais há cerca de 30 anos, procurando colmatar a matriz de necessidades nesta área. Urge pois recuperar o tempo perdido não havendo grande margem para hesitações. Isso mesmo demonstra um estudo da Organização para a Coope-

ração e Desenvolvimento Económico (OCDE) que coloca Portugal como um dos países da União Europeia que menos investe em serviços sociais e de saúde dirigidos aos idosos. A maioria dos paí-

ses da OCDE destina entre 1% e 1,5% do PIB aos cuidados continuados, embora haja países onde esse número chega aos 3,6%, como a Suécia e a Holanda, descendo para os 0,1% em Portugal e na Hungria. Este relatório con-



clui que até 2050, devido ao envelhecimento da população, os gastos com idosos deverão duplicar na maior parte dos países da União Europeia.

Assim sendo, a OCDE aconselha os governos a implementarem sistemas

101/2006, de 6 de Junho).

No título que dei a este artigo fiz uma alusão directa entre os cuidados continuados e o reencontro das Misericórdias com a História. De facto, tem sido nos momentos de grande encruzilhada nacional que estas Instituições demonstram, indubitavelmente, o seu valor. Em estreito envolvimento com as populações, recolhem quotidianamente as necessidades da comunidade que servem e procuram, continuamente, responder-lhes de forma pronta e eficaz.

Estas Instituições, marco da identidade nacional e que Almeida Garrett aclamou dizendo *“Temos em Portugal uma instituição que nos honra, que tem sido louvada, invejada por todos os povos, que é a melhor instituição que eu conheço, (...). Em nenhum país da terra há instituição superior, igual! (...)”* (discurso na Câmara dos Pares, 10 de Fevereiro de 1854) constituem a linha

de vanguarda com que o país conta para enfrentar os sérios desafios da complexa equação social que, inexoravelmente, se vai registando no caderno de alunos nem sempre atentos. Quando o Estado entendeu criar, com o atraso já referenciado, uma Rede centrada no apoio às pessoas idosas e em situação de dependência, as Misericórdias Portuguesas responderam de forma generosa ao apelo lançado pelo Governo, constituindo-se como o maior parceiro na prestação deste tipo de cuidados. Um ano após o lançamento da Rede Nacional

de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o Sector Social representava 97% das camas da Rede, sendo 79% da responsabilidade das Misericórdias. Só quem sente o pulsar quotidiano das necessidades do povo português e tem nas suas respostas sociais as marcas distintivas das pessoas com dependência, na ausência de um suporte estruturado e universal, é que responde de forma tão expressiva a um chamado que representa investimentos de milhões de euros em infra-estruturas, recursos humanos e equipamentos. Estou convicto que sem as Misericórdias o nosso país não teria conseguido, em tão pouco tempo, estruturar uma Rede de essência comunitária com a dimensão, diversidade e complexidade que se impõe neste tipo de cuidados. Portugal tem Misericórdias em maior número que concelhos, distribuem-se por todo o território nacional (incluindo ilhas) e estão, por natureza constituinte, em íntima ligação com as populações que servem. Nos últimos cinco anos vi as Santas Casas erguerem Unidades de Cuidados Continuados por esse Portugal fora, investindo milhões que o Estado não tinha, constituindo equipas multidisciplinares que se dedicam hoje a uma actividade altamente diferenciada e que se funda como o terceiro pilar do Sistema Nacional de Saúde. A actividade em cuidados continuados é distinta da actividade em cuidados de saúde primários ou da actividade em cuidados de saúde hospitalares. Para corresponder às necessidades da população, cada um destes pilares do sistema deve agir em articulação com os restantes e sem propósitos de supremacia. Em meu entender, estivemos demasiado tempo focados nos

cuidados de saúde hospitalares, esperando que estes resolvessem todos os males. A verdade é que não resolvem e isso não retira nada à sua importância, antes pelo contrário, confirma a sua diferenciação. Durante décadas tivemos um Sistema de Saúde bipolar, com um pólo representado pelos centros de saúde e outro pólo representado pelos hospitais, tendo este último exercido uma considerável força centrípeta, designadamente ao nível financeiro. Talvez por isso ainda não tenhamos os Centros de Saúde ligados em rede, sendo de assinalar que num acto tão simples como vacinar uma criança é melhor não mudar de unidade enquanto não se cumprirem as principais etapas do plano nacional de vacinação (em caso de perda do boletim de vacinas, claro está). E talvez por isso só agora estejamos a estruturar uma Rede de Cuidados Continuados com parceiros e prestadores que possam garantir valores 10 vezes inferiores aos valores financeiros encontrados para as diárias de internamento dos hospitais do sector público. Não se estranhe portanto que o Sector Social continue a representar 64% do número de camas da rede, sendo 51% da responsabilidade das Misericórdias.

Nesta curta evolução de cinco anos assisti a algumas situações anacrónicas, designadamente ao nível da estrutura de financiamento da Rede. Não considerarei coerente que um país endividado, que gasta em saúde 10% da riqueza produzida e apresenta os fracos indicadores já referidos possa, do dia para a noite, ver exponencialmente aumentada a sua despesa em gastos sociais e de saúde. Embora tenha constatado que uma das alavancas financeiras da

formais de cuidados de longa duração, destacando de forma muito positiva a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Portugal (criada através da publicação do Decreto-Lei n.º

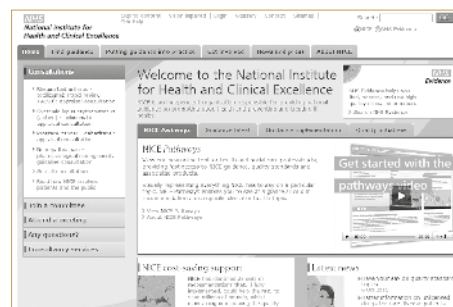
Rede era a receita de um jogo social, o “Euromilhões”, sempre achei que esse argumento se esgotava no decurso da fase de arranque, desde logo pela sua natureza variável. Em meu entender, a sustentabilidade da Rede passa necessariamente por uma conjugação de fontes de financiamento, sendo de destacar a via da substituição, deixando de entregar aos hospitais parte do que se destina às unidades de cuidados continuados. Outra situação digna de nota prende-se com os valores das diárias nas quatro tipologias da Rede (longa duração e manutenção, média duração e reabilitação, convalescença e paliativos) uma vez que não conheço nenhum estudo exaustivo, suportado em “case studies” que promova a aferição objectiva do custo mínimo de cada diária de internamento. Neste âmbito, importa ainda assinalar o conjunto de exigências que foram surgindo no decurso da actividade e para as quais não existiu uma efectiva negociação entre os parceiros. Não será pois de estranhar que algumas unidades equacionem seriamente fechar portas em face dos prejuízos já contabilizados. Adicionalmente, fui sendo surpreendido pela abertura de novas unidades em áreas geográficas que não tinham esgotado os recentes recursos aí disponíveis. Sabemos que na área da saúde qualquer planeamento, por muito optimizado que esteja, deve ser alvo de permanente ajustamento, designadamente na sensibilidade do binómio procura vs. oferta. Dadas as dificuldades do nosso país, não considero prudente investir em unidades geograficamente próximas de outras unidades que não esgotaram ainda a sua capacidade instalada e convivem com taxas

de ocupação bem abaixo do número de camas contratualizado. Também visitei unidades com um número de camas tão reduzido que tenho sérias dúvidas se alguma vez serão sustentáveis, o que não vaticina nada de bom para o crescimento harmonioso da Rede. Por fim, não posso deixar de assinalar que o Estado, o mesmo que tão pouco paga e tanto exige aos seus parceiros, provou uma vez mais o gigante que consegue ser ao criar uma organização de suporte enorme, que não presta cuidados, burocrática e seguramente muito onerosa.

Creio deixar aqui patente a minha convicção de que nesta Rede muita coisa deve ser equacionada e ajustada para que tenhamos um crescimento sustentável destes serviços. Dadas as suas características, não me parece que alguma vez seja desejável dispensar o Sector Social desta missão que a todos nos compromete. Considero mesmo um erro histórico que alguém possa pensar em prescindir desta Rede ou que só lhe veja sentido numa futura reconfiguração do mapa hospitalar e na sequência da reconversão de algumas dessas unidades. Talvez esteja na hora de olhar, com o devido respeito, para todos os recursos nacionais, independente da sua natureza pública, privada ou social e ajustar, criteriosamente, as necessidades da nossa procura com as possibilidades da nossa oferta. Quem sabe um dia não sintamos, na nossa própria vida, o real valor do que hoje nos encontramos a decidir enquanto sociedade. Quanto às Misericórdias são pois uma invenção extraordinária de há 500 anos, reinventando-se de modo exemplar, ao longo dos tempos, para servir as populações.

Sites

Sugestões



<http://www.nice.org.uk/>

Who we are:

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) provides guidance, sets quality standards and manages a national database to improve people's health and prevent and treat ill health.

What we do:

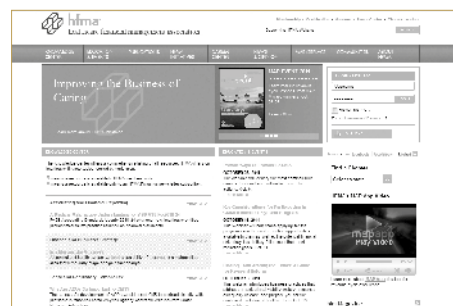
Guidance

NICE makes recommendations to the NHS on:

new and existing medicines, treatments and procedures treating and caring for people with specific diseases and conditions. NICE makes recommendations to the NHS, local authorities and other organisations in the public, private, voluntary and community sectors on:

how to improve people's health and prevent illness and disease.

Using NICE guidance may help you cut costs while at the same time maintaining and even improving services.



<http://www.hfma.org/>

HFMA is the leading membership organization for healthcare financial management executives and leaders. Its more than 37.000 members value the Association's role as a respected thought leader on top trends and issues facing the healthcare industry

Algumas notícias de Setembro

Utentes têm de contribuir com 10% para corrigir o défice da Saúde

No esforço de consolidação das contas do SNS, os hospitais têm de entrar com 34%, a maior fatia.

O Ministério da Saúde tem dois anos para poupar cerca de 1.088 milhões de euros e os utentes terão de suportar cerca de 10% deste esforço. São

mais de 104 milhões, o equivalente a um milhão de euros por semana em 2012 e 2013.

A contribuição dos portugueses poderá ser feita por várias

vias: corte nas deduções fiscais com saúde, aumento do preço dos medicamentos e das taxas moderadoras, redução das isenções e diminuição das co-

berturas (como o transporte de doentes ou os reembolsos directos).

Fonte: Económico, 22 de Setembro de 2011

Unidades privadas dizem que requisitos para licenciamento não são exequíveis

Armando Santos, presidente da Federação Nacional de Prestadores de Cuidados de Saúde afirmou que as exigências para o licenciamento “são de país rico, coisa que não somos”.

“O Estado assume que somos um país pobre, então tem que ter exigências de país pobre”, considerou, especificando que as exigências chegam ao pormenor dos centímetros de inclinação das rampas

ou da altura dos degraus, das características das casas de banho ou da área à volta da marquesa das ecografias.

Fonte: Público, 20 de Setembro de 2011

Parlamento aprovou por unanimidade proposta de lei para facilitar acesso a medicamentos mais baratos

O Parlamento aprovou por unanimidade a proposta de lei para facilitar o acesso a medicamentos mais baratos, tornando mais rápida a decisão sobre a entrada de genéricos no mercado e facilitando a resolução de litígios em tribunal

O diploma do Governo hoje discutido mereceu os votos a favor de todos os partidos e será posteriormente debatido em comissão parla-

mentar. A proposta de lei, que foi aprovada em Conselho de Ministros no início do mês, estabelece uma separação entre o que são as au-

torizações técnicas para colocar medicamentos no mercado e a eventual necessidade de resolver conflitos relacionados com patentes.

Actualmente são centenas as acções em tribunal colocadas por laboratórios farmacêuticos para tentar bloquear a introdução dos genéri-

cos, invocando a violação de patentes, que se arrastam muitas vezes durante anos.

Fonte: Público, 16 de Setembro de 2011

Bastonário da Ordem dos Médicos pede empenho na manutenção do SNS

O bastonário da Ordem dos Médicos apelou a toda a sociedade para que se empenhe na manutenção do Serviço Nacional de Saúde (SNS), lembrando que Portugal é dos países europeus que menos gastam e onde os cidadãos mais contribuem para as suas despesas. Na véspera do Dia do SNS, José Manuel Silva vincou que Portugal tem um sistema de saúde equilibrado que não deve ser colocado em causa.

“O SNS permitiu que Portugal tivesse das melhores estatísticas de saúde do mundo com baixo custo, porque somos dos países da Europa que menos gastam em termos absolutos *per capita* em saúde e em que os cidadãos mais contribuem para as

suas despesas”, afirmou o bastonário.

Apesar de compreender que é necessário lutar pela sustentabilidade financeira do país, o representante dos médicos diz que em saúde só se poupa com uma aposta na qualidade: “Um cidadão doen-

te é um cidadão que dá mais despesa”.

“Temos de corrigir a cultura de governação de Portugal, apostando no que é bom. O SNS é um serviço quase de excelência. Apostar na sua preservação é um investimento económico para o país”, frisou.

O médico defendeu ainda que não é pondo em causa o SNS que Portugal se conseguirá equilibrar financeiramente, lamentando também que os “múltiplos governos e políticos” não sejam verdadeiramente responsabilizados pela a situação de “bancarro-

ta” a que o país chegou.

“O que posso desejar no dia do SNS é que a sociedade se empenhe na sua manutenção e nunca em colocar em causa aquele que é o melhor serviço público português”, afirmou

Fonte: Público, 14 de Setembro de 2011

A (in)gestão hospitalar

Nuno Mota Soares **Autor**

Fisiologista/Empresário

É imperativo termos conhecimento absoluto sobre o estado actual das contas na Saúde, de forma a conseguirmos planificar um trabalho assertivo, sério e decisivo nos modelos actuais de gestão. A política de intervenção usada até hoje é ineficaz, tanto na forma como no conteúdo. Os modelos de gestão de unidades de Saúde continuam a ser aplicados sem a componente humana estar devidamente comprometida com os objectivos. Além das 14 unidades hospitalares, que já se encontram perante a situação de falência técnica, até ao final do ano mais 4 unidades irão estar no mesmo patamar. A situação é “esmagadora”, quase metade dos 42 hospitais EPE (Entidades Públicas Empresariais) possuem capitais próprios negativos, acumulando prejuízos no valor de 322 milhões de euros. O Ministro da Saúde, Paulo Macedo,

traçou este cenário real e desolador, com preocupações fundamentadas no compromisso

assumido no memorando assinado com a *troika*.

O compromisso de diminuir a despesa da saúde em 0,5% do PIB dificilmente será alcançado.

Os hospitais EPE têm vindo a acumular prejuízos superiores a 300 milhões de euros. No final de Julho, as dívidas a fornecedores externos ascendiam aos 2.162 milhões de euros, sendo a dívida total do SNS (Serviço

Nacional de Saúde) superior a 3.100 milhões de euros.

As negociações para alargar prazos de pagamento, renegociar valores em dívida e outras soluções, nunca trará qualquer benefício futuro para as entidades de gestão ou mesmo para o Executivo.

Será apenas a má gestão parte integrante do problema, ou os hospitais não possuem capitais suficientes para satisfazerem as suas necessidades?

Durante vários anos os hospitais foram sucessivamente “injectados” de forma a equalizar algumas situações, sem que esses capitais fossem contabilizados no défice, no entanto, hoje, não podemos permitir que essa situação aconteça.

As dotações feitas não podem, de futuro, comprometer o défice, nem colocar em causa os compromissos assumidos pelos hospitais. Essa será a principal questão que o Ministério da Saúde e das Finanças terá em mãos.

Acréscimo do facto de o documento assinado com a *troika* não contemplar qualquer dotação específica na área da saúde.

A fórmula encontrada estará,



necessariamente, em toda uma reestruturação de base nos modelos de gestão hospitalar, tal como os conhecemos nos dias de hoje. Este esforço terá de ser transversal a todos os profissionais com competências de liderança.

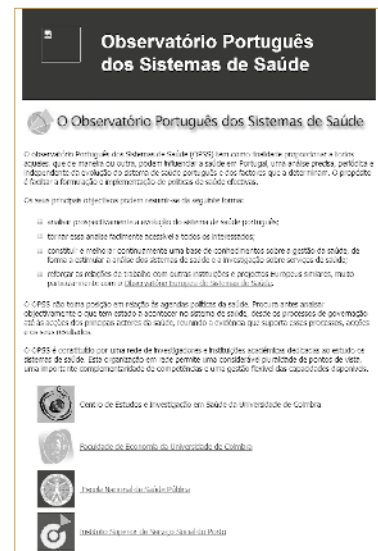
São várias as medidas necessárias, algumas já decretadas e implementadas, que podem ser decisivas na tentativa de controlar a despesa crescente:

- Limites nas horas extraordinárias e redução no valor por hora de trabalho para 25 euros na contratação de serviços exteriores;
- Os hospitais EPE têm a obrigatoriedade de reduzirem em pelo menos 11% os custos operacionais e entregarem a ambos os ministérios os planos com todas as medidas de redução de custos;
- Criação, séria, de uma central nacional de compras que possa reduzir os custos nas compras, transporte, margens e promover uma uniformização nos produtos e consequentemente nos custos de todo o material utilizado, tanto nos hospitais EPE como no próprio SNS;
- A obrigatoriedade de médicos e técnicos de saúde seguirem protocolos terapêuticos;

- Criação de mecanismos de formação contra o despesismo entre os vários profissionais de saúde, pois estudos revelam que a poupança pode cifrar-se nos 25 milhões de euros/ano;
- Implementar modelos avaliativos que além de proceder a uma avaliação rigorosa possam beneficiar a performance da instituição de saúde pelos resultados financeiros obtidos e pelo grau de satisfação do utente;
- Reavaliar os sistemas e subsistemas de saúde e decidir a sua continuidade em função de objectivos concretos. Devemos ter consciência que a ADSE possui uma dívida de cerca de 220 milhões de euros;
- Renegociação dos modelos contratuais PPP (Parcerias Público-Privadas);
- Imposição orçamental dos níveis de endividamento das organizações de saúde.
- Algumas destas medidas, implementadas a curto/médio prazo, podem ser determinantes para o Ministério da Saúde e das Finanças conseguirem atingir o objectivo desejado sem prejudicar o utente/cliente e todo o capital humano que promove este trabalho.

Sites

Sugestões



<http://www4.fe.uc.pt/opss/opss.htm>

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

Os seus principais objectivos podem resumir-se da seguinte forma:

- analisar prospectivamente a evolução do sistema de saúde português;
- tornar essa análise facilmente acessível a todos os interessados;
- constituir e melhorar continuamente uma base de conhecimentos sobre a gestão da saúde, de forma a estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde;
- reforçar as relações de trabalho com outras instituições e projectos Europeus similares, muito particularmente com o Observatório Europeu de Sistemas de Saúde.

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

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo os sistemas de Saúde. Esta organização em rede permite uma considerável pluralidade de pontos de vista, uma importante complementaridade de competências e uma gestão flexível das capacidades disponíveis.

Entrevista a Miguel Sousa Neves

Os Médicos vão ter de ser os moto

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde quer ter um papel activo e positivo nas mudanças que se vislumbram no sector. O presidente da organização, o oftalmologista Miguel Sousa Neves, lembra aos decisores políticos a necessidade de envolver cada vez mais os médicos nas reformas, de forma a que estas possam ser um êxito. Sobre a participação dos clínicos na gestão, garante que ainda são muito poucos os exemplos e lamenta que ainda “sejam escolhidos gestores sem sensibilidade para a Saúde e que se agarram a objectivos que, muitas vezes, não são os melhores”.

Nortemédico – Quais são os objectivos imediatos da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)?

Miguel Sousa Neves – Neste momento, a Saúde consome quase 10 por cento da riqueza produzida. O país tem uma dívida pública acima de 100 por cento do PIB, um défice do Orçamento do Estado gigantesco e o Tribunal de Contas diz, sistematicamente, que na área da Saúde há um desperdício de cerca de 20 a 25 por cento. Tendo em conta este cenário, é importante que existam mudanças radicais, mas com as quais é preciso ter algum cuidado. Gostaria de relembrar que o tempo é o nosso bem mais escasso e a Saúde o mais pre-



cioso. Não podemos descurar que os cuidados de saúde que oferecemos têm de ser centrados no utente e baseados na eficiência – “to do the things right” – e na eficácia – “to do the right things”. Temos de oferecer serviços de qualidade, baseados na evidência médica mais actual, e tem de haver um con-

trolo regular dessa mesma qualidade. Depois, se imaginarmos que a Saúde pode ser um bem económico porque é útil, tem um valor extrínseco, é escassa e exige escolhas entre opções alternativas, então temos de pensar no que podemos contribuir para que se possa fazer melhor. A SPGS pode, então,

ser uma mais-valia neste sector tão importante das nossas vidas. Podemos ser uma ferramenta na consciencialização dos agentes nesta área para as especificidades do sector e na formação dos médicos em gestão relacionada com a saúde. Em termos de gestão, a competência na área da Saúde é basicamente

ores da reforma do sistema

as capacidades que temos em fazer face a acontecimentos imprevistos e aleatórios. Numa estrutura hospitalar o “core business” é a optimização da passagem do paciente pelo hospital, minimizando o tempo de estadia e maximizando a qualidade de tratamento. Por isso é que os médicos têm de pensar em termos de avaliação de custo/benefício, custo/ efectividade, custo/qualidade, gestão do risco e governação clínica. O segredo do sucesso das organizações está nas pessoas a quem nós oferecemos os serviços e se o médico perceber de que forma pode gerir todos estes processos, então está a dar um contributo decisivo na gestão de uma unidade de Saúde.

Ou seja, numa altura em que se prevêem medidas eventualmente polémicas, uma das ideias da SPGS será alertar as entidades políticas de que os médicos têm de estar envolvidos nas decisões de gestão?

Não há nenhuma reforma que consiga ter êxito sem incluir aqueles que estão no cerne da questão. Os profissionais de saúde têm de ser motivados e não estamos apenas a falar da vertente financeira. É uma questão de fazer sentir aos colaboradores que fazem parte efectiva da mudança. Enquanto continuarem a existir gestores hospitalares sem competência ou sensibilidade para o cargo e, por isso, incapazes de serem exemplos de motivação, os médicos irão continuar desmotivados e alheados da gestão dos serviços e unidades onde estão incorporados. É essencial aumentar a motivação e o grau de satisfação dos profissionais para que possa haver uma melhoria sensível no desempenho. Para isso, os cargos de direcção devem estar associados à qualificação médica e à competência em gestão de saúde e os profissionais de saúde devem compreender e partilhar os desafios e impactos financeiros que se colocam, devem sentir que podem fazer a diferença e devem

ver o seu trabalho reconhecido e valorizado.

Mas não se tem vindo a assistir a um aumento do número de médicos em cargos de gestão, nomeadamente no sector hospitalar?

Os exemplos ainda são relativamente poucos. Uma coisa é certa. Se compararmos hospitais onde existem médicos na gestão activa da Saúde, os resultados são relativamente bons, tendo em conta o passado. Agora, também é verdade que

continua a existir um grande desperdício em muitos hospitais. Quando se começou a falar na mudança, nomeadamente com o Dr. Luís Filipe Pereira como ministro da Saúde, achava-se que os médicos tinham de ter um papel muito importante e, por isso, tentou-se que os médicos tivessem um lugar na decisão estratégica da gestão das unidades onde estavam incluídos. Depois, com Correia de Campos, muitos profissionais de saúde sentiram que estariam a ser preteridos em favor de administradores e gestores da

A saber

A sociedade Portuguesa de gestão de saúde (SPGS) foi criada há sete anos, com o apoio do bastonário e dos presidentes das três secções regionais da ordem dos médicos da altura. a organização nasceu por vontade de um grupo de médicos com formação na área de gestão de saúde, de forma a dar corpo a uma intervenção pública e tendo como ponto assente que os médicos têm de ser motores da mudança nas políticas da saúde. a SPGS criou uma revista científica, um site, estabeleceu uma forte parceria com o INDEG/ISCTE, a par de outras instituições académicas com interesse na gestão de saúde, e promoveu inúmeras reuniões de carácter pedagógico e científico. Depois de quatro anos de estagnação, a estrutura volta agora a querer ser uma voz activa na defesa do papel dos médicos nas reformas.

confiança política do Governo, da Escola Nacional de Saúde Pública, e outras áreas de recrutamento cuja competência para a área da Saúde era algo duvidosa. Isso fez com que, na minha opinião, houvesse uma perda na qualidade de serviços oferecidos à população. Em alguns sectores, nomeadamente nalgumas urgências hospitalares, a qualidade efectiva de tratamento diminuiu.

De que forma é que se combate o desperdício?

Se os médicos forem competentes naquilo que fazem e tiverem uma noção razoável, por exemplo, dos custos de cada tratamento ou das opções terapêuticas, então poderão decidir ajuizadamente a relação custo/benefício e cortarem no desperdício. Se na saúde aceitarem o princípio de que temos que investir mais e melhor na formação dos profissionais para obtermos um melhor rendimento, então essa gestão de capital humano estará indubitavelmente a criar valor acrescentado. E, neste capítulo, estaremos a evitar práticas administrativas que procuram eficiências apenas por vias de redução de custo, o que poderá ser extremamente redutor e não resolverá de modo nenhum o problema de contenção de custos mantendo a qualidade de serviços. Mas existem muitas outras maneiras de eliminar desperdícios. Sabemos que os blocos de cirurgia dos hospitais públicos podem ser mais rentabilizados. Sabemos que se existir uma central única de compra de medicamentos, materiais e equipamentos poderemos poupar. Se, porventura, os hospitais pagarem a horas aos fornecedores podemos vir a negociar preços mais acessí-

veis. Se conseguirmos promover a mobilidade dos médicos com um bom planeamento estratégico de recursos humanos, tendo neles colaboradores activos, poderemos obter muito melhor eficiência. A interligação informatizada e optimizada de diferentes estruturas hospitalares em áreas como imagiologia deve ser incrementada, assim como a gestão de serviços em rede com autonomia própria de rentabilização. Há serviços que, se calhar, são grandes de mais... Portanto, há uma série de medidas que podem ser tomadas ao nível das estruturas de saúde para melhorar a eficiência nos cuidados e eliminar desperdícios. Volto, no entanto, a referir que estas mudanças têm de contar com o apoio activo dos profissionais de saúde, em particular dos médicos. Para mal dos seus pecados, os gestores não médicos não podem fazer o que os médicos fazem e, por isso, têm de colaborar connosco. Os médicos vão ter de ser, necessariamente, os motores da reforma do sistema.

Que papel poderá ser reservado à Ordem dos Médicos (OM) na gestão de saúde?

Se a equipa do Ministério da Saúde acreditar que a OM pode ser uma mais-valia como garantia da qualidade de serviços médicos prestados à população, apostando numa cooperação descomplexada, na formação contínua e monitorização activa dessa formação, então poderemos ver a OM e as suas secções a contribuírem ainda mais para um melhor desempenho na gestão da saúde em Portugal.

O novo ministro da Saúde, Paulo Macedo, é um ges-

tor não médico, embora já tenha tido uma ligação à área da Saúde, como administrador da Médis. Quais podem ser as expectativas?

O Dr. Paulo Macedo é uma pessoa unanimemente reconhecida como um bom gestor, com uma folha de serviços excelente, embora sendo mais conhecido do grande público pelo seu trabalho na Direcção-Geral dos Impostos. Penso que é preciso dar o benefício da dúvida e esperar que possa ser um excelente líder na Saúde. Ser bom líder significa ter sensibilidade para esta área e saber rodear-se de uma equipa de colaboradores que perceba que não será apenas um mero trabalho de gabinete, à distância, avaliando a situação fiscal de cada um. Estamos a tratar de uma coisa bem mais delicada, que é a Saúde. Imagino que o novo ministro terá, necessariamente, de promover a curto prazo uma série de medidas de contenção de custos, tendo em conta os acordos firmados com a troika, mas perceberá facilmente que o trabalho principal terá de passar por uma melhoria do desempenho clínico. Espero muito deste ministro pois tem tudo para poder vir a ser recordado como tendo sido uma mais-valia para a Saúde dos portugueses.

O aumento das Parcerias Público-Privadas (PPP) pode ser um bom modelo de gestão da Saúde?

É uma área que me incomoda, essencialmente porque nenhuma das experiências que existem em Portugal foram avaliadas com a profundidade que se deve exigir. Pelo contrário, temos alguns exemplos não muito bons dessas parce-

rias. Ao entregarmos, por exemplo, a gestão de uma unidade hospitalar a um privado e acreditando que esse privado tem por objectivo o lucro, temos de imaginar que poderá haver doentes de primeira, outros de segunda e outros, até, de terceira. Não quero imaginar que, por exemplo, cirurgias ditas lucrativas como varizes, cataratas, desvios de septo, etc., tenham prioridade absoluta nestes hospitais, enquanto doenças crónicas e debilitantes na área da medicina interna e geriatria sejam atiradas para hospitais sob a égide directa do SNS ou para unidades do sector privado e não tenho nada contra as PPP, desde que sejam alvo de uma análise exaustiva, de forma a perceber qual a sua mais-valia para o sistema de saúde, nomeadamente na qualidade do serviço prestado a todos os utentes. Caso contrário, corremos o risco de perder o controlo da situação relativamente à qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Curiosamente, no programa de Saúde deste Governo fala-se na “concessão da gestão de serviços públicos ao sector privado, desde que se prove a sua eficiência”. O problema é que a parte do “desde que se prove a sua eficiência” pode ser tudo ou



nada. Infelizmente, no nosso país são produzidas diariamente estatísticas para todos os gostos. É preciso demonstrar claramente que é benéfico para a população a passagem de um serviço público para o sector social ou privado. Agora, também é dito nos objectivos do programa para a Saúde do Governo que se mantém a “garantia de acesso equitativo tendencialmente gratuito”. E esse é um aspecto importante que nos mantém solidários num mundo de contrastes cada vez mais gritantes.

Como analisa o programa de Saúde do Governo?

O programa quer reforçar a transparência de gestão dos dinheiros públicos, a imparcialidade objectiva e eficaz das decisões a tomar e a responsabilização pelos resultados que, na saúde, são muitas vezes diferentes de outras realidades do mundo puro e duro da gestão financeira. Neste programa há coisas que são relativamente boas, como a liberdade de escolha que, na minha opinião, deve ser sempre um dos objectivos finais. O utente, mais tarde ou mais cedo, deverá ter liberdade total de escolha. O envolvimento das autarquias é outra boa ideia que consta do programa, mas fala apenas na parte do equipamento, do espaço físico. As autarquias têm de estar mais

envolvidas do que isso, não só como parceiros activos no desenvolvimento de programas que visem prevenir doenças crónicas como também na definição de estratégias de saúde nas suas áreas de influência. Outra coisa que fala é na conclusão do Programa Nacional de Saúde 2011-2016. Acho que deve ser concluído rapidamente, muito embora pense que estes programas têm sido realizados quase sempre pelas mesmas pessoas. Acho que é tempo de mudar e ouvir outros especialistas, igualmente válidos e competentes, que possam dar um contributo na área. Tendo em conta a progressiva massificação tecnológica em saúde, teremos de criar estratégias pró-activas que antecipem as necessidades de informação/formação dos profissionais. O Programa Nacional de Saúde, para além das medidas específicas na prevenção e tratamento das doenças, deveria promover uma cultura de gestão de performance e encarar o capital humano como um investimento com retorno. Também me parece positivo que apareça no programa do Governo, por duas vezes, a intenção de se incrementar a relação com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), pois é uma experiência de cooperação activa e de intercâmbio importante para os médicos. Por fim, não posso deixar de notar que neste programa do Governo não se fala da Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Estou curioso em saber o que o novo ministério pensa da ERS.

Como é que os gestores, médicos e não médicos, podem fazer face à saída dos médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS),

nomeadamente para o sector privado?

Tem de se oferecer aos profissionais de saúde condições para que possam desenvolver o seu trabalho da melhor maneira. Não passa apenas por uma questão financeira. É preciso motivá-los. Quando cheguei de Inglaterra, em 1990, o sector privado tinha muita dificuldade em contratar médicos, porque as pessoas sentiam-se bem a trabalhar para o Estado. Tinham, não só, uma garantia de emprego, mas também as condições para um exercício satisfatório da sua actividade. Actualmente, os profissionais estão desmotivados não só no aspecto financeiro, mas também nas condições que lhes são oferecidas para a exercer a sua actividade profissional e acabam por optar por um sector privado que está a crescer à custa do desbaratar do SNS. Aliás, acho importante que quem decide politicamente estude por que razão o sector privado está a crescer de uma forma extremamente rápida em Portugal, o que não acontece noutros países da Europa. Quem cria as estruturas privadas investe muito dinheiro, na expectativa de que o vai recuperar e ganhar mais. Parece-me que o sector privado vê no Estado uma boa maneira de fazer negócio, porque não existiriam tantos hospitais privados se não houvesse uma abertura das estruturas estatais aos privados. Não nos esqueçamos que o principal fornecedor e financiador de serviços na área de saúde é o próprio Estado.

Entrevista publicada no NorteMédico, edição n.º 47, Abril a Junho 2011.

*Texto: Patrícia Gonçalves
Fotografia: António Pinto*

Editoras e Livros

Editora

Wook, Porto editora



Livro: Inovação na Gestão da Saúde

Solução disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade

De: Clayton Christensen, Jason Hwang, Jerome H. Grossman

Edição/reimpressão: 2009

Sinopse

O guru da inovação Clayton Christensen aplica nesta obra os princípios da inovação de ruptura a um setor que está desesperado em busca de soluções para a sua sobrevivência: a assistência à saúde.

Com tecnologias de ponta e alternativas orientadas ao consumidor, os autores mostram a empresas, empresas seguradoras e trabalhadores na área da saúde como reduzir custos, melhorar a assistência e aceitar o processo, beneficiando empresas, médicos e pacientes.



Livro: Gestão e Liderança na Saúde

De: Mário Jorge Carvalho

Edição/reimpressão: 2008

Sinopse

Na saúde, em Portugal, tem-se optado por sucessivas e frustradas tentativas de mera reestruturação, levadas a cabo sob a forma de navegação à vista e de curto-termismo, impostos pelas agendas políticas e com a pretensão de, assim, se combater a conjuntura depressiva, o generalizado desânimo no sector e no utente e o permanente constrangimento orçamental.

É por de mais evidente que chegou o momento de uma efectiva refundação transformacional na gestão da saúde em Portugal, pelo retorno à centralidade dos serviços e unidades estratégicas do sistema, que são, verdadeiramente, a sua base, sustento e núcleo de desenvolvimento - onde, em suma, se constrói o efectivo acréscimo de valor dos activos investidos.

Os profissionais da saúde também não podem abdicar ou serem substituídos na inquestionável e pró-activa liderança desse processo.

São eles – e só eles! – que podem contrariar com eficácia o asfixiante centralismo burocrático, que não consegue ser igual e equitativamente eficaz no desenho e implementação do modelo de planeamento estratégico aplicável a todos e a cada um dos seus serviços e unidades nucleares.

Há, também, que acabar com a permanente e actual confusão entre a economia da saúde e a gestão na saúde. Assumir, responsabilmente, o princípio da subsidiariedade da gestão na saúde é exigir visão estratégica, competência, determinação, humildade e bom senso no exercício da liderança; aceitar o risco do empreendedorismo organizacional e conhecer as regras para motivar e co-responsabilizar os seus recursos humanos disponíveis.

Livro: Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais

De: Vivien Martin, Euan Henderson

Edição/reimpressão: 2004

Sinopse

Este livro tem como objectivo o desenvolvimento de competências para a gestão e melhoria dos serviços prestados em unidades de saúde e de serviços sociais e concentra-se no papel que o gestor pode desempenhar como garante de uma prestação efectiva de serviços de elevada qualidade aos utilizadores finais. Apresentam-se casos retirados do contexto de unidades de saúde e cuidados sociais, de modo a exemplificar como as técnicas expostas podem ser aplicadas para dirigir pessoas e gerir recursos, informação, projectos e a mudança.

Neste livro são ainda discutidas as formas como os gestores podem marcar a diferença no trabalho desenvolvido pelas organizações prestadoras de cuidados de saúde e serviços sociais. Analisa-se o conceito de eficácia em termos de gestão dos serviços de saúde, os valores subjacentes a este tipo de serviços, o papel desempenhado pelos líderes e pelos gestores no desenvolvimento de uma prestação de serviços de elevada qualidade, assim como as competências específicas e os sistemas necessários a possibilitarem que os utilizadores desses mesmos serviços possam contribuir para o planeamento e avaliação dos mesmos.

Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais é um manual prático para todos aqueles com responsabilidades de gestão nas unidades de saúde e de serviços sociais. O livro inclui Casos comentados de modo a reforçar a aprendizagem, Actividades, Referências importantes, assim como explicações claras dos principais conceitos e ferramentas de gestão.



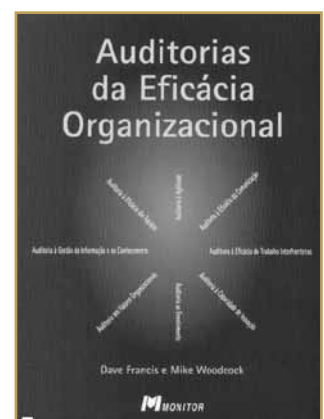
Livro: Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais

De: Dave Francis, Mike Woodcock

Edição: 2008

Sinopse

Esta obra é dirigida a especialistas de desenvolvimento organizacional e formadores, fornecendo um conjunto de ferramentas de avaliação que cobrem oito temas-chave de áreas não financeiras do desempenho organizacional, vitais para a eficácia da empresa: Agilidade, Comunicação Eficaz, Trabalho Interdepartamental, Capacidade de Inovação, Gestão da Informação e do Conhecimento, Valores da Organização, Eficácia da Equipa. Os autores desenvolvem cada processo de auditoria não apenas com o propósito de executar a avaliação mas também como experiência conjunta de formação destinada a apoiar os responsáveis na obtenção de formas para melhorar o desempenho da organização.



Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) foi criada por iniciativa de um grupo de médicos com formação específica em Gestão de Unidades de Saúde e que sentem que os médicos devem assumir um papel de liderança no processo de gestão da saúde em Portugal. A SPGS foi registada em cartório a 19 de Maio de 2004. A primeira Assembleia-Geral decorreu a 17 de Julho de 2004 no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos (OM). Contou com a presença do senhor Bastonário e do senhor Presidente da Secção Regional da OM e teve o apoio

expresso dos presidentes das Secções Regionais da Ordem e de 128 associados fundadores. Foi eleita uma lista por decisão unânime dessa Assembleia tendo como Presidente da Direcção o Dr. Miguel Sousa Neves, Presidente da Mesa da Assembleia-Geral o Professor Dr. Rui Moreno e Presidente do Conselho Fiscal o Professor Dr. João Westwood*.

A Direcção eleita teve como objectivo primário criar as condições necessárias para que a Associação pudesse desenvolver na plenitude o seu objectivo primário que é “**ser um palco**

privilegiado de discussão de todos os assuntos que tenham a ver com a gestão da saúde em Portugal”.

Em 2007, o Dr. Miguel Sousa Neves apresentou a sua demissão do cargo de Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde para que um ambicioso projecto de autoria do Presidente da Assembleia-Geral fosse concretizado e que visava o alargamento da SPGS ao Brasil.

Infelizmente e por motivos diversos, a SPGS ficou quase que inactiva e sem que fosse concretizado qualquer projecto.

Por sentir que a SGPS pode ser útil aos agentes que actuam na área da Saúde em Portugal, o Dr. Miguel Sousa Neves, com o apoio de alguns colegas, convocou uma Assembleia-Geral Extraordinária que decorreu no passado dia 6 de Março de 2011 onde foi reconduzida a Direcção existente em 2007. Em Junho próximo será marcada uma nova Assembleia-Geral Extraordinária para a realização de eleições.

* O Professor Dr. João Westwood veio a falecer subitamente, em 18 de Fevereiro de 2005.

A SPGS teve a sua constituição publicada em Diário da República de 19 de Agosto de 2004, série III.

SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

Sede Provisória:
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
Email: info@spgsaude.pt
Fax: 252 688 939

Inscrição para Associado Efectivo*

Nome _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

E-mail _____

Observações _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

* Quota anual de 50€

