

Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem Para que serve a sua dinamização

José Pedro da Fonseca Moreira da Silva

Coordenador da Direcção em Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos

Autor

A Competência em Gestão dos Serviços de Saúde foi criada pela Ordem dos Médicos para que os colegas com diferenciação em gestão em saúde tanto pela experiência adquirida nas chefias de Serviços/Departamentos como também em cursos reconhecidos de pós-graduação e mestrados fossem devidamente reconhecidos pelas entidades públicas ou privadas e competentes nos seus locais de trabalho. Teve por objectivo a melhoria das qualificações dos médicos nesta área específica pela organização e colaboração em iniciativas que promovessem formação na gestão em saúde.

Esta nova comissão directiva pugna pela criação de iniciativas próprias, o estabelecimento de sinergias com todas as organizações que se preocupam com a gestão em saúde, nomeadamente a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS), e pretende assim relançar esta Competência fazendo com que a mesma passe a ser uma mais-valia para os colegas nela inscritos e um meio de aprofundamento de conhecimentos nesta área para todos os colegas inscritos na Ordem dos Médicos.

Nesse sentido os nossos primeiros passos foram numa revisão dos critérios de admissão a esta Competência assim como num reconhecimento efectivo das entidades que promovem cursos de pós-graduação através do conhecimento da programação das formações específicas nestas áreas. Este processo de reconhecimento implicará o envio para esta direcção da competência das informações acerca do programa curricular, lista dos Docentes e a sua qualificação académica e profissional, do número

de auditores admitidos para cada curso e critérios de admissão, do número de médicos que frequentaram o curso nos últimos três anos, da carga lectiva total e seus componentes, dos processos e critérios de avaliação, entre outros.

Noutras matérias ainda não abordadas defendo, *a título pessoal e para levar a discussão*, uma medicina convencionada controlada pelo Estado (controlo da qualidade) separando o pagador do prestador de cuidados, sem interferências, logo numa perspectiva de completa independência.

Defendo também que se caminhe para um sistema de exclusividade do médico hospitalar com remunerações justas e adequadas conjuntamente à criação de incentivos de produção, a partir de uma produção base.

Os médicos devem ter a noção que são o maior e melhor parceiro social para a gestão da saúde e que não se podem demitir dessa função, como tem acontecido até agora.

No que se refere à Carreira Hospitalar, urge preservá-la da degradação da não progressão, sugiro carreiras mais curtas, com a possibilidade de transição para o sector privado, uma vez adquiridos os conhecimentos essenciais.

Outra reflexão, diz respeito à construção e implementação de Hospitais desnecessários, conduzindo a um excesso de camas em termos de taxa de ocupação. Fazer um completo levantamento das necessidades em hospitais de retaguarda, para uma melhor compreensão das carências ao nível do país uma vez que a carência em hospitais de cuidados continuados, continua a ser flagrante. Cimentar o estabelecimento de protocolos entre serviços hospitalares.

Continuar a fazer uma completa reformulação das urgências dos nossos hospitais.

Por outro lado e tendo em atenção que os cuidados hospitalares e a medicina familiar fazem parte de todo um conjunto, continuar a reformular a Medicina Geral e Familiar ao nível da formação, gestão e contratação, contemplando o estabelecimento de protocolos entre serviços hospitalares e grupos de médicos da medicina geral e familiar, indicativos do “como e onde” actuar em termos de investigação pré-hospitalar (o risco das normas orientadoras deve ser enfatizado neste contexto).

Defendo o papel fulcral do Médico na Gestão, reafirmando que a gestão hospitalar passa ao lado do médico desde a Faculdade, Internato Geral e Complementar, por vezes mesmo no grau de Assistente Hospitalar e por fim em cargos de topo na hierarquia administrativa das instituições.

Teremos, no entanto, de ter em atenção o conflito gerado por vezes entre o interesse das pessoas com a sua graduação, face aos lugares de administração hospitalar.

Entendo que o órgão de gestão tem que ser coeso e de nomeação, com programa ou não, e ser peça fundamental do SNS – logo, nomeado pelo responsável governamental do processo. O órgão de gestão tem depois que ser avaliado face aos resultados obtidos com base em premissas de custo-efectividade e custo-qualidade.

O Hospital/Empresa com autonomia financeira, administrativa e jurídica e com

dos Médicos

o?

planificação de lucros essenciais à sua progressão mas sempre sujeito a avaliação da qualidade e a ser pago, conforme os serviços prestados, teria de pelo menos não apresentar resultados negativos, mas se na sua administração se revelasse como insolvente, isto é, em estado de falência técnica como acontece a tantos dos nossos Hospitais, então devia considerar-se o seu encerramento.

Acentuo a necessidade de definir objectivos

de produção e seus custos reais, para cada instituição e acabar de vez com o sub-financiamento dos hospitais.

Outra vertente importante respeita ao nível de cuidados que cada instituição quer prestar. Continua a faltar um planeamento concertado (hospitais a mais e sub-equipados), e sempre o problema da impossibilidade de contenção face ao disparo explosivo dos custos em saúde. É importante criar um sistema de creditação hospitalar, ou de serviços hospitalares. Como todos sabem em Saúde a oferta desencadeia a procura, donde a justificação para a implementação cada vez maior de sistemas de ambulatório que são claramente mais elásticos e funcionais do que o internamento habitual. A reformulação deve passar mesmo pela coragem do fecho de alguns hospitais.

Defendo a organização vocacional das instituições em que a formação contínua constitua um objectivo institucional, incluindo a investigação em clínica aplicada, da qual a organização hospitalar depende em certa medida que se objectiva, por exemplo, na legislação que rege os Concursos Hospitalares. Por outro lado se a formação, o ensino e a investigação são contabilizados na avaliação, já a actividade assistencial não o é e penaliza os hospitais mais para aí vocacionados.

Na gestão do Hospital, o médico comporta-se como o *pivot* central, no interesse do doente, devendo os seus direitos enquanto trabalhador ser remetidos aos sindicatos. A gestão de topo deve ter médicos para ter

um cunho pessoal e social e não financeiro e o Presidente do Conselho de Administração deve ser sempre um médico. Os Conselhos de Administração devem ser escolhidos com o cuidado necessário para que coexista coesão, inovação e capacidade de empatia entre os seus membros.

É essencial garantir formação em gestão de saúde dos colaboradores não médicos que existem actualmente nas unidades hospitalares.

Quanto à conjuntura actual em torno dos concursos da carreira médica hospitalar, acentuo que a gestão do pessoal não pode nem deve ser espartilhada como acontece presentemente em que se assiste a um certo “carreirismo”, condicionado pelas frequentes impugnações de concursos. Entendo que as carreiras médicas devem continuar a ser reformuladas e não serem tão rígidas que impossibilitem o incentivo aos profissionais e estabelecimento de mínimos. Aponto a “receita” como instrumento básico de gestão numa gestão democrática participativa ou representativa, acrescentando ainda que a autonomia da gestão permite alguma maleabilidade que, no entanto é condicionada pela falta de imaginação legal. Em conclusão devemos continuar a incentivar a gestão, ensino e investigação nas instituições, a criação de normas e fazer avaliações e a possibilidade de contratação global com instituições privadas por inteiro e não utilizar a técnica de contratos tipo “salame”. Devemos ainda repensar o que queremos em termos de gestão colocando esta ao serviço dos doentes, com a melhor prática médica mas com preocupações de fazer o melhor com o menor gasto económico.

