

# Sistema de Saúde

## Reforma ou Colapso?

António Lobo Ferreira

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de S. João

Autor

A situação financeira, económica e social portuguesa, caracterizada por uma dívida pública enorme, por um défice crónico das contas do Estado, por uma recessão económica que, salvo erro, evoluirá para a depressão e por um profundo mal-estar social e taxas de desemprego galopantemente crescentes constitui um tremendo desafio para a sustentabilidade do nosso sistema de saúde. Este sistema envolve o sector público, o sector social e o sector privado. O primeiro destes sectores inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os subsistemas públicos, nomeadamente a ADSE.

A maior parte da actividade na área da saúde é sustentada através do financiamento público, dependendo, directa ou indirectamente, do Orçamento do Estado.

De acordo com o relatório da ADSE de 2011, 48% das suas despesas são garantidas pelo Orçamento do Estado ou pelas contribuições das entidades empregadoras (também elas públicas e financiadas pelo Estado). Uma parte significativa da actividade privada é também financiada pelo Estado através dos programas de acesso (de que o SIGIC é um exemplo), resultado da ineficiência (quantas vezes intencional?) das instituições do SNS. O mesmo acontece no que diz respeito à comparticipação de medicamentos, etc.. A actividade do sector social na área da saúde conta também com um forte financiamento público.

Deste modo, e apesar de há dezenas de anos se ter instituído em Portugal o SNS, o nosso modelo é misto, mas essencialmente baseado num sistema compulsório no que

concerne às fontes principais de financiamento (impostos e, parcialmente, seguro de saúde social).

As características do modelo português favorecem a promiscuidade, aos mais diferentes níveis, entre os vários sectores, a falta de transparência nas relações entre financiador e prestadores, a selecção adversa de doentes, a ineficiência e despesismo do sector público (e também do privado), a irracionalidade no ajustamento entre a oferta e a procura (levando ao ex-

cesso de oferta e à sua subutilização) e, demasiadas vezes, a captura do Estado pelos prestadores privados (os exemplos são múltiplos e as causas também).

Talvez se possa dizer, ainda, que a economia da saúde (pouco desenvolvida entre nós) é afectada por um vício que atinge também outros sectores da economia – depende ou está “pendurada”, sem transparência, do financiamento público.

Creio ser consensual que a criação, em 1979, do SNS promoveu enormes ganhos em saúde e creio, também, que os portugueses desejam que o Estado assegure um acesso



universal, financiado pelos impostos, aos cuidados de saúde. No entanto, parece-me que não existe consenso sobre qual o modelo que deve prevalecer, isto é, se o Estado deve ser simultaneamente financiador e prestador (baseando o sistema no conceito do SNS) ou se deve haver uma separação entre o financiador Estado e os prestadores (sejam eles públicos, privados ou do sector social). Mas parece-me fundamental que

se aprofunde o debate a este respeito e se façam as escolhas mais adequadas. Permanecer num modelo misto em que o Estado é, nuns casos, financiador e prestador e, noutros casos, apenas financiador (sendo que os recursos, principalmente os humanos, são muitas vezes partilhados entre o prestador Estado e o prestador privado) é, a meu ver, insustentável do ponto de vista financeiro, do ponto de vista económico e do ponto de vista ético.

Não acreditando que a estrutura socioeconómica portuguesa agente que o Estado abdique da sua

função de financiador, mudando para um sistema voluntário no que concerne às fontes de financiamento (seguros privados ou pagamentos directos), simplesmente porque os portugueses não têm rendimentos suficientes, ou para um sistema *bismarckiano*, crendo que tal mudança não encontraria aceitação na sociedade portuguesa e convicto de que, a acontecer, constituiria

um grave retrocesso civilizacional (sendo esta uma mera questão de opinião), defendendo que o Estado



deve separar a sua função financiadora da prestadora e deve implementar uma reforma que coloque, com absoluta transparência, em plano de igualdade (quer no que diz respeito aos instrumentos de gestão, quer no que concerne a políticas de recursos humanos, de aquisições, etc.) as instituições do sector público e do sector privado e passe a adquirir serviços indiferentemente a ambas em função da melhor relação custo-efectividade (que inclui, também, a qualidade e os resultados), baseando-se no conceito de *value for the money* (cuja explicação não cabe no âmbito deste artigo). Isto significa uma mudança radical no paradigma que temos vindo a seguir, exige profundas reformas globais no Estado (a todos os níveis), necessita de tempo para uma correcta implementação, obriga a optar entre diferentes metodologias de operacionalização (também elas objecto de discussão) e impõe que se analisem com seriedade os custos e benefícios potenciais que lhe estão associados e, apesar de tudo, não garante que o Estado, na ausência de um crescimento económico sustentado superior a 3% ou 4% ao ano, consiga financiar os custos do sistema. Embora um modelo destes fomente a liberdade de escolha (só possível se houver uma mudança radical no modo de financiamento) ou permita centrar o sistema no médico de família (que passaria a ser o verdadeiro gestor do doente e o *gate keeper* do sistema), ele é inaplicável se o Estado não conseguir arrecadar receita suficiente (ou seja, é impossível num ambiente económico depressivo). Este é o problema magno que afectará o nosso sistema de saúde durante, pelo menos, o próximo decénio.

Mas o caso é que o momento actual é de emergência financeira. Não podendo deter-me sobre a estratégia nacional a adoptar para ultrapassar este momento verdadeiramente dramático em que tudo, incluindo o futuro de Portugal como país independente, está em jogo, mas lamentando que o Ministro das Finanças tenha preferido impor medidas cegas de consolidação orçamental, demonstradamente ineficazes, em vez de implementar a reforma estrutural do Estado (algo que exige outro nível de competência), cumpre-me propor algumas acções que, na área da saúde, pos-

sam contribuir para a sustentabilidade do sistema no curto prazo. Faço-o, consciente que a sustentabilidade futura do sistema exigirá a profunda reforma sucintamente delineada acima, mas simultaneamente convicto que a realidade actual impõe a adopção de medidas urgentes que garantam a sustentabilidade do SNS (sem o qual, no momento, os portugueses deixarão de ter acesso a cuidados de saúde).

O SNS, bem assim como a ADSE, são, no momento presente, insustentáveis. Ambos, à semelhança do Estado, vivem em défice crónico (embora a ADSE veja esse défice disfarçado porque, corrompendo os seus princípios fundadores, recorre, directa e indirectamente, ao orçamento do Estado para financiar a sua despesa – tantas vezes destinada a assegurar cuidados não essenciais, redundantes e, por vezes, fraudulentos).

Impõe-se, no imediato e na minha opinião, a opção por apenas um dos sistemas existentes – SNS ou subsistemas públicos.

Parece-me que a aposta mais sensata será a de, por agora, escolher o modelo do SNS

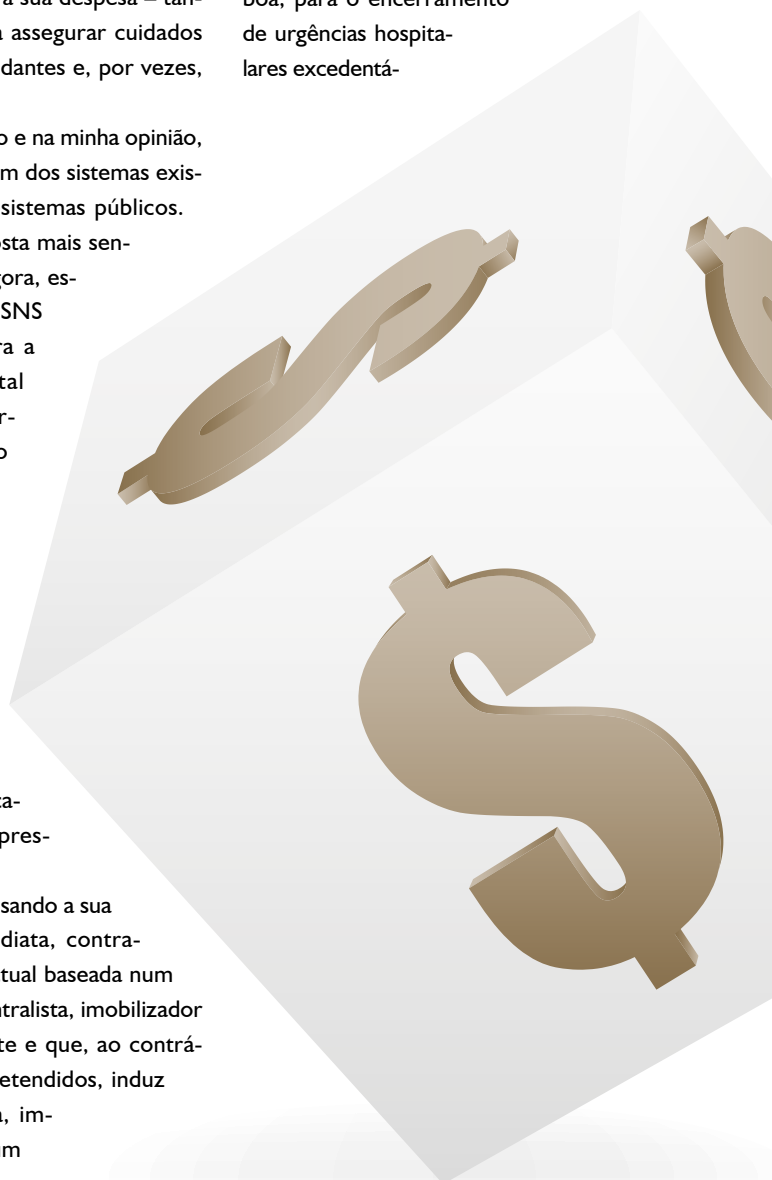
(enquanto se prepara a reforma fundamental mencionada anteriormente), extinguindo os subsistemas públicos. Mas impõe-se também a extinção do SIGIC e do fornecimento obrigatório pelas farmácias hospitalares, a custo não remunerado dos hospitais, dos “medicamentos biológicos” prescritos pelos privados.

No âmbito do SNS, visando a sua sustentabilidade imediata, contrariando a tendência actual baseada num administrativismo centralista, imobilizador e desresponsabilizante e que, ao contrário dos objectivos pretendidos, induz aumento de despesa, importa implementar um conjunto de medidas estruturais urgentes.

A seguir, impor-se-ia a

necessidade de promover profundas reformas no modelo de gestão das instituições de saúde e, finalmente, implementar-se-ia a verdadeira reforma do sistema de saúde a que aludi antes.

Por serem as que maior impacto podem ter no imediato, dedicarei o espaço de que ainda disponho à análise das medidas urgentes, as quais abrangem áreas diversas, a saber: rede hospitalar e de cuidados primários, recursos humanos e carreiras, políticas de consumo e política de aquisições. Primeiro, no que respeita à rede hospitalar e de cuidados primários, é necessário avançar, rapidamente, para o encerramento de hospitais redundantes e ineficientes, maioritariamente na área de Lisboa, para o encerramento de urgências hospitalares excedentá-



rias e de baixa qualidade e sua concentração, para a extinção de maternidades e sua inclusão nos hospitais polivalentes e para o encerramento de serviços (clínicos e não clínicos) de baixa casuística ou ineficientes e sua concentração em centros de referência nacionais ou regionais, ao mesmo tempo que se promove a reforma da rede e modelo dos cuidados primários.

Segundo, relativamente à política de recursos humanos, importa promover alterações legislativas que: a) modifiquem as carreiras de todos os grupos profissionais, cuja progressão deve ser baseada exclusivamente no mérito profissional e pessoal, objecto de recertificação periódica (com as consequências correspondentes) e desligada do acesso, por direito de grau, a funções de gestão; b) alterem a política remuneratória, incluindo políticas de reconhecimento baseadas na produtividade e na qualidade da mesma; c) permitam, numa actividade que se executa 24 sobre

24 horas, sempre que necessário, o trabalho por turnos de todos os grupos profissionais e a flexibilidade de horários e equiparem o contrato em

funções públicas ao contrato individual de trabalho (ou à contratação colectiva) em igualdade com o sector privado; d) imponham, uma vez extintos os subsistemas públicos de saúde, a exclusividade contratual em todos os grupos profissionais; e) levem à redução dos efectivos que, em alguns grupos profissionais, a começar pelos médicos, são claramente excessivos.

Terceiro, quanto à política de consumos e aquisições, exige-se uma alteração radical do código de compras públicas (indutor de aumento de despesa, extremamente burocratizado e impeditivo da adequada gestão dos processos, claramente favorecedor do vendedor em detrimento do comprador, baseado, para instituições com valores de compras da dimensão da maior parte dos hospitais, ex-

clusivamente em concursos públicos que, ao contrário do que se imagina, não garantem transparência nem eficiência, antes favorecem a corrupção e o despesismo), permitindo a aquisição negociada e permanentemente auditada. Mas, porque nenhuma política de aquisições pode ser bem sucedida se não for sustentada por uma correcta política de consumos, é também necessário combater o conceito de compras e concursos centralizados (o paraíso da indústria farmacêutica e vendedora de dispositivos médicos e material de consumo clínico), baseados apenas em descontos de quantidade (compra-se tudo, o necessário e o desnecessário, e a granel), substituindo-o pelo conceito de que apenas se compra bem quando, depois de definida a política de consumos, que estabelece a utilização alternativa de diferentes matérias (incluindo medicamentos) e materiais, se pode negociar os preços e as condições de fornecimento e estabelecer parcerias com os fornecedores que acrescentem valor. Por isso, e para garantir equidade a nível nacional, é necessária a produção de um formulário nacional do medicamento, também ele baseado no conceito de equivalentes ou alternativas terapêuticas, incluindo, principalmente no âmbito da inovação terapêutica, apenas os princípios activos cujo valor de QALY (*Quality Adjusted Life Year*) seja inferior a um determinado máximo (definido politicamente em função dos recursos disponíveis). Este valor pode ser estabelecido com recurso aos valores definidos noutros países europeus (Reino Unido, por exemplo), fazendo-se o necessário ajustamento em função das diferenças dos PIB per capita nacionais. O mesmo seria necessário para os dispositivos médicos, sendo que, nesta área, deve apostar-se intensamente no reprocessamento e reutilização dos dispositivos de uso único (à semelhança do que se faz nos países ricos). Ainda no âmbito da política do medicamento, para além da prescrição por DCI (Denominação Comum Internacional), seria possível e fácil alterar o modelo de comparticipação dos medicamentos. A proposta é que o Estado participe, não em função da marca do medicamento nem do princípio activo, mas, antes, em função da classe ou grupo farmacêutico. Isto é, o Estado pagaria um valor

fixo por qualquer princípio activo de uma determinada classe ou grupo terapêutico (por exemplo, antagonistas dos receptores tipo II da angiotensina), definido pelo preço do menos dispendioso desses medicamentos. Este modelo promoveria uma significativa redução de despesa, garantiria o acesso dos doentes, mesmo dos mais desfavorecidos, ao tratamento com medicamentos de qualquer grupo ou classe terapêutica e permitiria a liberdade de prescrição do médico e de escolha do doente, ambas financeira e consequentemente responsabilizadas. Na área dos medicamentos de elevada tecnologia impõe-se a opção, clara e descomplexada, pelos medicamentos biossimilares (igualmente eficazes e seguros e muitíssimo menos dispendiosos).

Este conjunto de medidas permitiriam uma significativa redução de custos, aumento marcado da rentabilização dos activos e internalização de serviços (nomeadamente nas áreas dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, da produção de medicamentos e da terapêutica de substituição renal), aumentariam a produtividade, a acessibilidade ao sistema e a capacidade de resposta do mesmo e a manutenção e, mesmo, incremento da qualidade dos serviços prestados.

Finalmente, é necessário modificar o modelo de administração hospitalar actual, alterando, desde logo, a composição dos Conselhos de Administração dos hospitais, substituindo o conceito de vogais técnicos (as mais das vezes meros representantes corporativos) pelo de direcção de produção clínica, libertando-o das amarras atávicas do sector público administrativo, dotando-o dos instrumentos apropriados para uma gestão verdadeiramente empresarial e garantindo autonomia (enquadrada pela estratégia global para o sistema) e efectiva responsabilização.

Saneado o sistema, estaríamos, então, em condições de implementar as verdadeiras reformas de fundo na prossecução de uma sustentabilidade perene e da garantia de cuidados de saúde para todos, de acordo com as necessidades de cada um, financiados pelos impostos. Isto, se ocorrer um crescimento económico que permita que o Estado obtenha as receitas necessárias para o financiamento do sistema...