

04

JOSÉ AGOSTINHO SANTOS
A eterna questão
da felicidade humana

16

BIOSIMILARES
Redução da despesa
na ordem dos 50% a 80%

20 // JORGE ESPÍRITO SANTO:
REFERENCIAÇÃO EM ONCOLOGIA
Ameaças e oportunidades



ENTREVISTA

MIGUEL SOUSA NEVES, PRESIDENTE DA SPGS

**“Geringonça” não é
entrave à abertura
do SNS ao setor social**

// PÁG.06



24 // SOFIA RAVARA:
HÁBITOS TABÁGICOS
Médicos não se comportam
como modelos...



MIGUEL SOUSA NEVES, PRESIDENTE DA SPGS

“GERINGONÇA” NÃO É ENTRAVE À ABERTURA DO SNS AO SETOR SOCIAL



Em entrevista ao nosso jornal, o presidente da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, Miguel Sousa Neves, afirma-se convicto de que mesmo no espartilho da “geringonça”, avesso à abertura do SNS aos setores social e privado, há políticos do PCP e do Bloco com conhecimentos de gestão de saúde que querem, mais do que tudo, o “bem-estar” das pessoas que servem nos seus cargos políticos de passagem e que por isso estarão sensíveis a argumentações bem sustentadas sobre a necessidade de apoiar e reforçar o setor social no plano geral para a saúde. No que toca à ADSE, o médico oftalmologista, que é também Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde pelo ISCTE, preconiza uma “vigilância” apertada aos gastos imputados pelos variados agentes do setor privado, especialmente nos atos cirúrgicos mais frequentes, evitando assim que o sistema de saúde dos funcionários do Estado se torne cada vez mais no *pote de mel* dos privados. Já para uma boa gestão do SNS, o também membro da Direção da Competência em Gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos avança com três ingredientes fundamentais: uma escolha criteriosa das melhores pessoas para os cargos de gestão intermédia e de topo com apostas nítidas e inequívocas nos profissionais de saúde com destaque para os médicos que conhecem bem o sistema onde trabalham e que tenham formação em gestão; um trabalho intensivo serviço a serviço, unidade a unidade, em conjunto com todos que trabalham diariamente no terreno para se poder maximizar as potencialidades e minimizar as gorduras e por fim um plano realista e racional para a prevenção da doença

JORNAL MÉDICO | Em sede de gestão de saúde e dos vários modelos que a devem suportar, mantém-se o *cerrar fileiras* entre os que defendem a *estatização* e os que preconizam um modelo mais flexível... Mesmo com a entrega da gestão de alguns serviços aos setores social e privado... São compatíveis?

Miguel Sousa Neves | Claro que são compatíveis e são mesmo desejáveis. É importante distinguir por um lado o plano dos partidos políticos e os seus programas e por outro a racionalidade da gestão da nossa Saúde. No caso dos partidos há clivagens bem definidas quando olhamos para o que é defendido pelo PCP e Bloco de Esquerda quando comparado com os outros partidos com representação parlamentar. Quando falamos apenas de gestão em saúde no nosso país essa obriga a um entrosamento construtivo entre os setores público, social e privado pois temos necessariamente de conciliar doutrina política com a realidade da comunidade onde vivemos.

JM | A verdade é que os pequenos passos – mesmo tímidos- que se deram com a entrega de algumas unidades às misericórdias sofreram revezes após a entrada em funções do atual executivo... E em cena a cartilha dos partidos que o suportam no parlamento... No atual contexto que alguma coisa pode mudar a esse nível?

MSN | Se os políticos no ativo conseguirem colocar de lado algumas das ideologias que porventura na Saúde possam estar desfasadas ou desenquadradas da nossa realidade, então teremos uma oportunidade única para uma reforma sustentada a médio prazo do nosso Sistema de Saúde. Falou nas Misericórdias e digo-lhe já que elas fazem parte essencial da construção de um sistema mais equilibrado, mais acessível e mais justo para as comunidades. Não me preocupa a devolução pura e simples de espaços físicos, mas sim o desenvolvimento de parcerias estratégicas que beneficiem o cidadão comum como é o caso dos Cuidados Continuados. Talvez não saiba, mas foram elas que, numa fase inicial, assumiram esse papel nesta área tão sensível fornecendo apoio de elevada qualidade e libertando camas nos hospitais públicos a preços extremamente acessíveis.

JM | No entanto continua a manifestar esperança num *volte face*. É o que resulta, por exemplo, do seu editorial na última edição da Revista portuguesa de Gestão & Saúde, onde após elogiar o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelo Ministro e pela sua equipa, que classifica de eficaz e eficiente, revela curiosidade sobre qual o papel que será reservado ao setor social... Em que sustenta esta sua esperança tendo em conta que a decisão final é da *geringonça* no seu todo?

MSN | Tenho referido de forma consistente que o setor social é essencial nesta procura

de melhoria especialmente em dois pontos sensíveis e fulcrais: a acessibilidade e a livre escolha e estou plenamente convicto que o Ministro partilhará da mesma opinião. No que respeita à “geringonça” conheço políticos do PCP e do Bloco com conhecimentos de gestão de saúde e que querem mais que tudo o “bem-estar” das pessoas que servem nos seus cargos políticos de passagem e por isso estarão sensíveis a argumentações bem sustentadas sobre a necessidade de apoiar e reforçar o setor social no plano geral para a saúde. O que é preciso é explicar, sem complexos nem ambiguidades, qual o papel de séculos das misericórdias como suportes, muitas vezes únicos, nos cuidados de saúde à população portuguesa e o facto de serem associações cujos ganhos ou lucros são obrigatoriamente reinvestidos nas próprias instituições. E lembrar que para além da saúde, apoiam idosos, crianças e muitos carenciados da comunidade.

JM | Um dos grandes “pilares” de suporte do setor privado – o único que tem crescido, pesem os tempos de vacas magras – tem sido a ADSE, cuja reforma não tardará muito será apresentada. Isto, num momento que como se viu é pródigo em anátemas contra o setor privado. Com vozes de peso muito críticas, contra os privados e a própria ADSE, como a do ex-ministro Correia de Campos... Que modelo defende para o sistema?

MSN | É normal que um SNS progressivamente enfraquecido em termos gerais conjugado com o excelente “seguro” de saúde que é proporcionado pela ADSE criou condições únicas para um crescimento exponencial do setor privado que hoje não sobreviria se lhe fossem subtraídos estes pacientes. No caso dos funcionários públicos e tendo em conta que o que pagam é, neste momento, suficiente para “suportar” os encargos de saúde da ADSE, é importante que tenham uma autêntica livre escolha porque é esta componente que alicia e apoia estes trabalhadores em manterem os descontos. O que eu acho – e já muito tem sido feito pelas cúpulas da ADSE e Ministério da Saúde – é uma “vigilância” apertada aos gastos imputados pelos variados agentes do setor privado, especialmente nos atos cirúrgicos mais frequentes, para que isto não se torne cada vez mais no *pote de mel* dos privados. Não consigo compreender como a mesma cirurgia ADSE possa ter preços tão variados consoante o local onde a mesma é praticada. É essencial introduzir rapidamente uma política de preço fechado nas cirurgias mais frequentes como fazem as seguradoras.

JM | Como responde à oposição contra a manutenção do sistema da ADSE dentro do Estado, manifestada entre outras vozes, pelo ex-ministro da saúde Correia de Campos...

MSN | Há que ser realistas, ouvir bem quem trabalha “por dentro” do sistema e esquecer

um pouco os trabalhos técnicos de gabinete que, por mais bem fundamentados que possam parecer, muitas vezes não se enquadram na realidade única do nosso país. Não vejo razões politicamente fundamentadas para separar a ADSE neste momento do Estado. Em minha opinião seria um mau passo político que a maioria dos cidadãos não iria compreender.

JM | Segundo Correia de Campos a ADSE apenas serve para favorecer a medicina privada, que acusa de ser, em Portugal, “muito cartelizada e com preços excessivamente elevados”. Mais, afirma que o “setor privado cresceu devido à largueza financeira em que tem vivido a ADSE”. É assim?

MSN | Concordo em muito do que diz Correia de Campos embora, como Ministro, ele tivesse tido a oportunidade de “domesticar o tal monstro” que refere e pouco terá sido feito de concreto nesse sentido. A ADSE é a garantia da sustentabilidade das grandes operadoras privadas de saúde neste momento? Estou convicto que sim. É cartelizada e pratica preços elevados? Comparando com as seguradoras e falando unicamente dos atos cirúrgicos é verdade que tudo aponta para que assim seja em algumas situações. Mas Correia de Campos não se pode esquecer que a ADSE, tal como funciona hoje, é do agrado da grande maioria dos que contribuem para ela.

JM | Por exemplo, a ERS analisou a relação entre os preços de serviços selecionados no SNS e nas tabelas de preços privadas, tendo concluído por diferenças muito significativas em algumas situações. E também o contrário, noutras... Como se explicam estas diferenças?

MSN | A ERS aponta e bem para discrepâncias nos preços praticados nos diferentes setores para os mesmos atos cirúrgicos. A codificação das cirurgias e comorbilidades pode variar dentro de serviços e isso poderá criar preços completamente diferentes. Conheço hospitais onde há um grande investimento nos “codificadores” cuja missão é maximizar a faturação utilizando todas as armas e brechas legais do sistema de codificação por GDH. Não me admira nada que apareçam discrepâncias mesmo em sentido contrário ao que normalmente se imagina. É tudo uma questão de contabilidade criativa embora consubstanciada por uma série de fatores complementares que devem ser analisados casa a casa. Nem sempre quem mais fatura estará a desenvolver um melhor serviço!

Penso que se poderia tentar correlacionar os resultados obtidos com o grau de satisfação dos utentes e comparar os mesmos resultados para unidades hospitalares onde os preços aparentam serem muito diferentes.

JM | Um parto vaginal, sem complicações, custa no público, em média, cerca de 290 euros. Já na ADSE, o valor cresce para quase 1.400 euros e nos privados pode

atingir quase 4 mil... Se for por cesariana, as diferenças ainda são maiores. Como se explica uma discrepância tão acentuada?

MSN | No público as equipas recebem um vencimento mensal fixo, as salas e equipamentos estão disponíveis nos horários normais de trabalho e não sei como são contabilizados os gastos diretos, indiretos e intangíveis. Será que a comparação foi feita utilizando os mesmos parâmetros de avaliação que nos serviços externos ao funcionalismo público? Tenho dúvidas...

Pela ADSE há pagamentos diferenciados para as equipas médicas, os gastos e dispositivos utilizados são também pagos na totalidade e não sabemos bem quais os códigos médicos utilizados e se foram contabilizados efeitos colaterais e/ou complicações. No privado paga-se bem pela hotelaria e conforto extra que é fornecido para os diversos intervenientes no processo. Interessante é que muitas vezes os lugares de melhor hotelaria poderão não ser os mais seguros para um parto sem complicações para ninguém. E já agora, se para se manter uma maternidade pública de portas abertas em “segurança” é obrigatório que se façam um mínimo de X partos/ano, quantos partos/ano precisam de fazer as unidades privadas para se considerarem seguras pela mesma entidade?

JM | **Pesem as promessas, recorrentes, de que “agora é que é: vamos pôr contas em dia”, feitas por sucessivos ministros e gestores de instituições do setor empresarial do estado, a verdade é que o relatório de execução orçamental divulgado em junho e referente a maio, vem mostrar que o valor da dívida dos hospitais EPE tem vindo a aumentar desde o final do verão de 2015, aproximando-se dos valores 2013, 2014. De setembro de 2015 até maio deste ano, o valor médio de subida mensal foi de 20 milhões de euros. Continuamos na mesma!!! O que se passa? É desorçamentação ou má gestão?**

MSN | Não podemos dizer que será uma coisa ou outra neste momento porque já sabemos que os custos em saúde irão continuar a aumentar quer queiramos ou não. O que precisamos de fazer – e acredito que em muitos casos é extremamente difícil porque toda a gente quer resultados a curto prazo – é investir em melhores políticas de gestão a nível local para que possamos ter mais valias a médio prazo.

O que precisamos são essencialmente três coisas: uma escolha criteriosa das melhores pessoas para os cargos de gestão intermédia e de topo com apostas nítidas e inequívocas nos profissionais de saúde com destaque para os médicos que conhecem bem o sistema onde trabalham e que tenham formação em gestão; um trabalho intensivo serviço a serviço, unidade a unidade, em conjunto com todos que trabalham diariamente no terreno para se poder maximizar as poten-

A ADSE é a garantia da sustentabilidade das grandes operadoras privadas de saúde neste momento? Estou convicto que sim. É cartelizada e pratica preços elevados? Comparando com as seguradoras e falando unicamente dos atos cirúrgicos é verdade que tudo aponta para que assim seja em algumas situações

cialidades e minimizar as gorduras e por fim um plano realista e racional para a prevenção da doença.

Posso-lhe dizer que estou neste momento a fazer um trabalho temporário de ajuda e avaliação de um serviço público e, nos primeiros momentos apeteceu-me pura e simplesmente desistir porque as dificuldades pareciam insuperáveis. Acredite que, mesmo num serviço extremamente carenciado em todos os aspetos, conseguimos quase sempre encontrar motivos para pensar que é possível melhorar com algum investimento mas, mais que tudo, mostrando caminhos, inovando e mudando comportamentos.

JM | **Também recorrente no debate sobre a gestão do sistema de saúde, é a questão da separação entre o financiador e o prestador de cuidados, condição tida como sine qua non, para a criação de mercado interno concorrencial, que promova a eficiência e a qualidade, permitindo a livre escolha por parte dos utentes dos prestadores que melhor se lhe adequem. Ainda continua por realizar. Porquê?**

MSN | Numa situação como a nossa em que os métodos não são muitas vezes entendidos como transparentes e em defesa do bem público é quase impossível nesta fase fazer uma separação eficiente entre o financiador (essencialmente o Estado através das dotações do orçamento) e o prestador de cuidados (na esmagadora maioria o próprio Estado através dos mesmos organismos). Antes de se criar um mercado interno concorrencial há que promover condições para que todos possam angariar pacientes e quotas de mercado em estado de igualdade onde

depois o que irá contar será a melhor e mais adequada prestação de serviços.

Já reparou como se faz hoje a avaliação de desempenho da maioria das unidades de saúde? É sempre um passo melhor que antes mas muito longe de poder ser considerada uma avaliação cientificamente inatacável.

JM | **Mas a verdade é que o próprio ministro garantiu publicamente que a possibilidade de livre escolha estaria completamente implementada até ao final do ano, pelo menos dentro do SNS quando todos sabemos que tal não é possível.**

MSN | Sim, o Ministro tem todo o interesse em que a pessoas possam, de forma responsável e esclarecida, escolher onde querem ser tratadas. Mas veja o que aconteceu nos Concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde onde se promoveu um conceito ainda limitado de livre escolha. Um número significativo de pacientes optou por não ir para o hospital de Pedro Hispano que é o hospital da área de influência. Se a tendência aumentar, o hospital de Pedro Hispano pode não ter capacidade financeira para se manter em funções. Fecha-se o hospital? Antes de uma livre escolha – que eu considero essencial num conceito ideal de saúde e para onde iremos caminhando talvez a um ritmo não tão acelerado como gostaria o Ministro da Saúde – teremos que fazer um levantamento exaustivo das capacidades instaladas, necessidades e “das vontades” das populações que pagam para que o SNS funcione. E depois caminhar para uma rede de parcerias inter-hospitalares que possam manter-se viáveis e eficazes pela criação de sinergias e diferenciações complementares.

JM | **Pensa que no atual enquadramento político a abertura aos privados deste modelo concorrencial é possível?**

MSN | Sinceramente acho que, salvo em situações excecionais em que os serviços público e social não respondam às necessidades da comunidade, a abertura aos privados não deverá ser considerada uma prioridade.

JM | **Se um dia chegar a ser implementado um tal sistema – envolvendo, ou não, entidades do setor privado e social, quais as principais mudanças que antevê ao nível do modelo de avaliação e financiamento?**

MSN | Teremos que intensificar a ligação ao sector social que gere de forma cada vez mais eficiente pequenos hospitais e unidades de proximidade não só na área de cuidados continuados como também em consultas e cirurgias que possam ser “deslocadas” para perto dos utentes. Aqui pode crer que há uma livre escolha porque são os próprios pacientes a “pedir” aos seus médicos de família o envio para o hospital X ou Y das misericórdias. No que respeita ao sector privado terão que ser definidas regras precisas de avaliação de custo-benefício e custo-qualidade a preços equi-

valentes aos praticados no sector público e mediante as necessidades das populações. A disseminação indiscriminada de prestadores que são pagos pelo Estado só levará ao caos e à ineficiência. Imagine como fazer com os profissionais que têm um pé no Estado e outro no privado? Como regular a sua atividade para aumentar ganhos de eficiência?

JM | Quando as urgências “rebatem pelas costuras”, vem logo alguém apontar o dedo aos cuidados primários. Que deveriam oferecer uma resposta mais alargada. Ora, a verdade é que 78% dos recursos humanos de saúde estão concentrados nos hospitais contra cerca de 20% nos cuidados primários. De acordo com os modelos internacionais que sustentam as muitas teorias de reforma, deveria registar-se uma situação inversa. Que é de todo impossível conseguir. Ou não?

MSN | Não é impossível conseguir. Acho que até é por aqui que teremos que continuar a investir. Lembro que o “core business” na saúde é a trajetória de cada um ao longo da vida e que, sendo os maiores custos de saúde relacionados com as estadias hospitalares, há que continuar a “desviar” – no bom sentido, claro - os pacientes para os cuidados primários. Se me fizer esta pergunta daqui a 3 anos verá que a percentagem mencionada terá mudado de forma significativa. É a minha convicção.

JM | Ainda assim, informa o também último Relatório de Produção do SNS, entre abril de 2014 e abril de 2015, foram realizadas mais de 10 milhões de consultas

Antes de uma livre escolha – que eu considero essencial num conceito ideal de saúde e para onde iremos caminhando talvez a um ritmo não tão acelerado como gostaria o Ministro da Saúde – teremos que fazer um levantamento exaustivo das capacidades instaladas, necessidades e “das vontades” das populações que pagam para que o SNS funcione

médicas e outras quase 5 milhões de enfermagem nos centros de saúde, contra apenas pouco mais de 4 milhões de consultas médicas nos hospitais... Para quem está de fora... A diferença suscita dúvidas. Muitas. Surpreendem-no os números?

MSN | Acho que os números são reais porque hoje em dia uma grande parte das unidades de cuidados primários dedica-se a isso mesmo: cuidados primários e de aconselhamento. Eu próprio recebo informação atempada do meu médico de família para ir a consultas de rotina e para fazer os exames correspondentes ao meu escalão etário, algo impensável há meia dúzia de anos atrás. O problema é que temos que continuar a reduzir as consultas e internamentos hospitalares porque geram custos enormes. Não se esqueça que os hospitais são talvez as estruturas empresariais mais caras e mais complexas de gerir.

JM | Sustentabilidade. Outro palavrão que nos entrou em casa adentro repetido à exaustão. O SNS tal qual está é sustentável? Porquê?

MSN | O SNS tem que ser sustentável porque é um dos pilares da nossa sociedade assim como a educação e o apoio social. São os tais sustentáculos que nos permitem viver em sociedade e isso tem um preço a ser necessariamente pago por todos nós. Acredite que há ainda uma montanha enorme de ineficiências que poderão ser corrigidas sem custos acrescidos! O problema é colocar as pessoas nos sítios certos, planejar com cuidado e com sustentação científica e depois ter coragem de aplicar as mudanças de forma coerente e consistente.

JM | O que considera mais urgente mudar?

MSN | É urgente continuar a investir numa cobertura ampla e eficiente dos cuidados primários de saúde. É também urgente – com frutos a médio e longo prazo – investir na promoção adequada de hábitos de saúde saudáveis.

JM | Inovação: há quem afirme que o problema é de preço, não de custo. E que os governos se deveriam unir na negociação com a indústria. Concorda?

MSN | Inteiramente. Há uma pressão enorme da indústria para apresentar inovações e novos equipamentos/fármacos pois é aí que ela tem maiores lucros. Muitos dos novos equipamentos não são necessários e muitíssimos fármacos acabam mais tarde por não demonstrarem aquilo que antes parecia uma melhoria extremamente significativa. Há que resistir com prudência, mas também com extrema firmeza, ao marketing agressivo da indústria sabendo distinguir o trigo do joio. Os governos já trabalham em conjunto nos genéricos, pelo menos na decisão de preços a praticar, e devem manter-se atentos aos mercados...

Se os políticos no ativo conseguirem colocar de lado algumas das ideologias que porventura na Saúde possam estar desfasadas ou desenquadradas da nossa realidade, então teremos uma oportunidade única para uma reforma sustentada a médio prazo do nosso Sistema de Saúde

JM | O que mais o preocupa neste âmbito?

MSN | A esperança média de vida vai continuar a aumentar e isso demonstra que estamos muito melhor que antes. Agora é claro que nos vai trazer problemas acrescidos que teremos que resolver com investimentos num envelhecimento ativo e saudável (aqui há muitíssimo onde melhorar) e acolhendo os mais velhos no mercado de trabalho onde são úteis em determinadas tarefas. O mundo caminha nesse sentido mas também as soluções hoje em dia são muito mais rápidas de implementar do que no tempo em éramos crianças. Sou um optimista preocupado e portanto a preocupação é relativa...

JM | Uma nota final...

Fica o meu conselho para todos os que estão em posições de liderança: procurem sempre apoiar-se nos melhores, aqueles que podem *de facto* provocar mudanças positivas! E nós próprios, a título individual, temos que aceitar que não vamos mudar o mundo mas temos que assumir que podemos melhorar o espaço onde nos situamos. Primeiro pelo exemplo de trabalho e depois na procura incessante do que é melhor para os nossos concidadãos tendo sempre em mente que a saúde é o nosso bem mais precioso e que o tempo, o nosso tempo, é o bem mais escasso. Como médico que sou, de alma e coração, aliado a alguns conhecimentos de gestão que me permitem olhar melhor o que faço e o que os outros vão fazendo, vou tentando dar o contributo possível para uma sociedade melhor.

Quero, quando chegar ao fim desta caminhada, poder olhar para trás com um sorriso de dever cumprido.