



## Saúde Universidade Nova apresenta hoje o seu contributo para a reforma hospitalar

# Devolução de hospitais às Misericórdias não deve ser feita a qualquer custo

Aposta do Governo no sector social não deve pagar as ineficiências das IPSS, defende grupo de reflexão criado para avaliar as mudanças que aí vêm na Saúde. A reforma é “globalmente positiva”, mas há vários pontos críticos

João d'Espiney

● A aposta do Governo no sector social em matéria de gestão hospitalar “não pode ser feita ao ponto de pôr o Serviço Nacional de Saúde [SNS] a pagar as ineficiências das Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS]”. Quem o diz é Pedro Pita Barros, coordenador da Nova Saúde, um grupo de reflexão constituído no âmbito da Universidade Nova de Lisboa para analisar o relatório final para a reforma hospitalar e contribuir para a discussão pública do documento.

Uma das propostas feitas pelo grupo técnico nomeado pelo Governo e presidido por José Mendes Ribeiro vai no sentido de aprofundar a parceria estratégica do Estado com o sector social, uma aposta já assumida pelo primeiro-ministro, Pedro Passos Coelho, que, no final de Novembro, anunciou que iria devolver às Misericórdias 15 hospitais que foram integrados no sector público após 1974.

Os membros da Nova Saúde – além de Pita Barros, integram o grupo Adalberto Campos Fernandes, Francisco Ramos, Gilles Dussault, José Caldas de Almeida, José Fragata e Luís Lapão – defendem que as IPSS, sobretudo as Misericórdias, até “deveriam assumir maiores responsabilidades [...] para a prestação de cuidados continuados, apoio domiciliário e cuidados de proximidade”. Mas já não consideram “natural o assumir da rede hospitalar pública e dos cuidados agudos diferenciados”, nem que a sua principal vocação seja a realização de exames e consultas mediante acordos com o Estado.

Em declarações ao PÚBLICO, Pedro Pita Barros salientou que a relação do Estado com o sector social “tem diversos pontos complicados”. A começar pelo facto de não haver “nenhuma evidência, em Portugal ou no estrangeiro, de que o sector social seja melhor a gerir hospitais de média ou grande dimensão do que o público ou privado”. “Não se pode partir do princípio de que não podem ser ineficientes. Podem e, por isso, devem ser tratados como um parceiro sério, mas não para ser pago a qualquer custo. Não pode ser mais caro do que o SNS”, diz o professor da Nova.

No relatório, que será hoje apresentado publicamente, o Nova Saú-

de defende ainda que a parceria estratégica com o sector social não se deve limitar às Misericórdias. “Outras instituições do sector social com participação significativa na prestação de cuidados de saúde, caso das ordens religiosas e de outras ONG, poderão também ser incluídas em medidas a tomar neste âmbito.” A escolha deve ser feita identificando-se “as áreas em que cada tipo de parceiros do sector social poderá colaborar com vantagens evidentes em relação ao sector público”, redefinindo-se ao mesmo tempo “muitas das regras em que se tem baseado esta colaboração no passado”.

“A contratualização das IPSS” não deve ter “como preocupação a saúde financeira dessas entidades e terá de encarar como natural avaliar os cuidados prestados e o seu custo”, lê-se no documento a que o PÚBLICO teve acesso. “A sobrevivência das IPSS não pode ser assegurada à custa da ineficiência”, acrescenta Pita Barros, defendendo que a sua actividade, “a ser contratualizada com o Estado, deve sê-lo a preços concorrenciais de mercado”.

### Prazos irrealistas

Apesar da “impressão globalmente positiva do relatório”, o Nova Saúde conclui que os prazos de aplicação de diversas das iniciativas estratégicas nele contidas “são, em geral, irrealistas e desfasados da capacidade de execução de modo adequado e em tempo útil”.

“O grupo subestima muito toda a capacidade de execução que tem existido em Portugal para implementar

*Ao fechar urgências, o Governo vai confrontar-se com a resistência das populações, e o processo será mais moroso que o previsto no relatório*

novas medidas, além dos problemas que existem na parte mais política na gestão dessa implementação”, explica Pedro Pita Barros, considerando que “parece haver alguma pressa para executar tudo”.

O que seria realista, então? “O realismo aqui será pensar que algumas transformações terão que ser feitas em cinco anos, talvez até dez, para se conseguir implementar totalmente o que é proposto”, frisa este especialista em Economia da Saúde, que dá como exemplo a reorganização da rede hospitalar, um processo com “imensas resistências e problemas de comunicação com as populações e os media” e no qual vão surgir “barreiras de que agora não se está à espera”. “Ao ler o documento, a nossa sensação é a de que parece ter havido alguma ligeireza na determinação desses prazos. Não se percebe por que se acha que se consegue ser tão rápido.”

### Falta evidência

Outra das conclusões do Nova Saúde prende-se com o facto de várias das propostas não estarem suficientemente fundamentadas nem acompanhadas dos possíveis impactos da sua aplicação e necessitarem, por isso, de um debate mais aprofundado. O caso mais paradigmático é o do princípio da liberdade de escolha, que dá ao doente a possibilidade de escolher a unidade onde prefere ser atendido.

“Pode haver muitas noções sobre o que é a liberdade de escolha mas, no documento, não está explicito nem como isso vai afectar as decisões individuais nem as consequências do que acontece a quem não é escolhido”, diz o professor da Nova, para quem “há uma contradição entre a recomendação de uma rede de referência hospitalar (que se presume obrigatória) e uma liberdade de escolha” que deixa à decisão do médico e/ou do cidadão a escolha do hospital onde quer ser tratado.

Pedro Pita Barros levanta um segundo problema, que é saber o que sucede às unidades que não são escolhidas. “Ou eu aceito que o princípio da liberdade de escolha implica o encerramento de hospitais de acordo com o que a população não escolher ou, se eu não aceito este princípio, então não pode haver consequências da minha liberdade de escolha.”

### O relatório para a reforma hospitalar chegou ao Governo em Novembro



### Do reforço dos cuidados primários ao novo hospit

#### Criação do Instituto Nacional de Oncologia

“Não é clarificado o motivo pelo que será óptimo ter apenas um Instituto Português de Oncologia (IPO). [...] A apresentação da medida não quantifica os ganhos, embora refira que são esperados ganhos pela fusão de serviços. Contudo, organizações excessivamente grandes e geograficamente espalhadas têm igualmente potencial para menor articulação entre si. Sem excluir a eventual bondade da iniciativa proposta, a mesma não surge alicerçada numa clara e inequívoca apreciação das suas vantagens e desvantagens.”

#### Construção do Hospital Oriental de Lisboa

“A construção do novo Hospital Oriental de Lisboa e o redimensionamento da Rede Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo constituem objectivos indiscutivelmente prioritários no momento actual.

Face às dificuldades financeiras actuais, teria que colocar-se, naturalmente, a possibilidade de o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) desempenhar o papel de terceiro pólo atribuído ao Hospital Oriental de Lisboa. Os argumentos apresentados no relatório mostram, contudo, que o novo hospital não só apresenta óbvias vantagens em relação ao conjunto dos velhos hospitais do CHLC, em termos de acessibilidade, qualidade de cuidados, eficiência e localização, como a estimativa do impacto financeiro dos dois cenários é claramente favorável ao novo hospital.”

#### Unificação da tabela de preços

“É uma proposta sem grande justificação técnica, ignorando a hierarquização da rede hospitalar. Talvez aceitável, se a proposta fosse apenas de tendencial aproximação a uma unificação. Deverá ser apresentado o racional de suporte a um preço uniforme



PAULO PIMENTA

## Três perguntas a Pedro Pita Barros

# “Não há evidência de que centros hospitalares tenham resultado em menores custos”

● Pedro Pita Barros, especialista em economia da Saúde e coordenador do grupo de reflexão para o sector criado no seio da Universidade Nova de Lisboa, desconfia das políticas dos últimos anos para a criação de grandes hospitais.

No vosso documento, afirmam que grandes hospitais geram deseconomias de escala. Isso não põe em causa a prática que tem vindo a ser seguida de criar grandes centros hospitalares? Não temos nenhuma evidência técnica de que os centros hospitalares tenham resultado em menores custos. Se eu juntar dois hospitais com localizações geográficas distintas e os mantenho a funcionar tal como estão e poupo três carros nos administradores, não sei se tenho as poupanças suficientes que justifiquem juntá-los. Do ponto de vista técnico, quando olhamos para a evolução dos custos consoante a dimensão dos hospitais, o que se encontra nos vários estudos é que os hospitais, quando aumentam a sua dimensão, se duplicassem a sua actividade, os seus custos mais do que duplicariam. São as tais deseconomias de escala.

O documento não dedica muito espaço à análise de uma das propostas do grupo de peritos que mais polémica suscitaram: a de transferir doentes triados como não urgentes para os cuidados primários. Porquê? A polémica foi de alguma forma



ENRICH VIVES-RUBIO

empolada, mas não se avançou muito até porque dentro do próprio grupo havia visões diferentes sobre as soluções. Há um ponto comum que é simples, que é o facto de haver uma componente da triagem que pode ser feita pela Linha de Saúde 24 ou pelos cuidados de saúde primários. Também ficou claro para nós que dizer apenas que os 40% de falsas urgências têm de ir a outro lado não vai funcionar só por normativismo. Onde não se tinha uma ideia muito clara era na forma de fazê-lo. Ou melhor, havia diferentes sugestões e achou-se que não se punham posições individuais num documento deste género. Eu tenho a minha própria opinião, mais radical, que é dar aos centros de saúde o volume de dinheiro que corresponde a esses 40% de urgências. Por outro lado, sempre

que um centro de saúde mandasse um utente para uma urgência e este fosse triado a azul ou a verde, o centro teria de pagar uma parte. O grupo defende também que devem ser criados mecanismos para obrigar à mobilidade dos profissionais. Mas querer ir trabalhar para a Guarda, por exemplo, não é sempre uma decisão individual do médico? Sim. Mas qual tem sido o mecanismo tradicional pelo qual se vão fixando médicos especialistas hospitalares nos grandes centros urbanos de Lisboa, Porto e Coimbra? É subdividir especialidades quase até à exaustão, é criar novos centros e serviços com duplicações óbvias. Aliás, quando se fala agora na necessidade de fechar e concentrar serviços, é porque foram abertos a mais. J.d'E.

## al de Lisboa: a avaliação do Nova Saúde ao relatório para a reforma hospitalar

para instituições com níveis de diferenciação, competências e objectivos diferentes. Deverá ser tomada clara qual a consequência para uma entidade que não ajuste os seus custos face à tabela praticada.”

### Referenciação entre a Rede de Cuidados Primários e a Rede Hospitalar

“As medidas propostas neste domínio parecem-nos, em geral, correctas. O problema está na sua implementação. Valeria a pena estudar as barreiras que mais têm dificultado, entre nós, uma maior integração de cuidados, para melhorar significativamente a implementação das medidas que se venham a tomar neste campo. Não é claro como se compatibiliza a lógica de critérios de referenciação com o princípio de liberdade de escolha. O médico dos cuidados de saúde primários pode escolher livremente o hospital? Se sim, o que sucede se o hospital já tiver excedido a sua

produção contratada?”

### Consultas de especialidades hospitalares nos centros de saúde

“Pode ser uma boa ideia se integrada num modelo de colaboração mais alargado, que inclua a criação de canais de comunicação entre médicos dos cuidados primários e médicos especialistas dos hospitais, reuniões regulares para discussão de casos e criação de critérios de referenciação. A experiência obtida em algumas áreas, por exemplo a da Psiquiatria, mostra que, quando reunidas estas diferentes componentes, os resultados são positivos. Sendo uma medida isolada, no entanto, é de temer que eventuais efeitos perversos (por exemplo, procura excessiva de consultas especializadas) excedam as vantagens possíveis.”

### Promover a mobilidade dos profissionais de saúde

“A superação de obstáculos legais e a negociação com sindicatos são indispensáveis, mas não bastam. Para que a mobilidade dos profissionais se concretize, terão que ser acompanhadas de medidas que penalizem as instituições que não cumpram os princípios estabelecidos e incentivem os profissionais implicados. É dito que se deve garantir a manutenção dos direitos adquiridos pelos trabalhadores que decidam aderir à mobilidade. No actual contexto, se há tantos contratos sociais e implícitos que são desrespeitados, que direitos adquiridos devem ser respeitados?”

### Implementar uma rede informática integrada

“É ao nível da integração que as fragilidades são maiores.

Esta fragilidade resulta de anos sem planeamento e ausência de competências. Esta medida não parece capaz de responder a este tão grande desafio. Há neste relatório, e relativamente aos sistemas de informação, ausência de análise da dimensão de governação: pois não há competências suficientes na ACSS, nem nas ARS, nem nos hospitais, para conseguir responder a estes desafios. [...] Para que uma rede integrada funcione, é necessário definir um nível de governação apropriado. Uma vez mais, os tempos de implementação estão subestimados.”

### Alterar o modelo de governação dos hospitais

“O modelo de governação dos hospitais deverá evoluir no sentido de integrar a governação clínica de uma forma mais activa no modelo de governo das instituições hospitalares. Um aspecto importante

passaria pela autonomização das direcções técnicas (Clínica e de Enfermagem), conferindo-lhes maior independência e autonomia, mas também um maior nível de responsabilização pelos resultados (*outcomes*) da instituição. A selecção dos membros para o conselho de administração deverá obedecer a critérios formais, explícitos e transparentes. Deverá existir pré-requisitos quer de natureza curricular, quer de natureza da experiência profissional. Tratando-se de entidades públicas com financiamento quase exclusivamente público, seria recomendável uma audição prévia a nível da Comissão Parlamentar de Saúde. Ter uma exposição assinada dos motivos da nomeação, ou uma proposta de nomeação assinada por alguém com a justificação, ajudaria a manter a discussão noutros termos que não as opções por escolha partidária.”



**Grupo de reflexão**

## Reforma da Saúde tem prazos “irrealistas”

● O grupo nomeado pelo Governo para a reforma hospitalar considera que os prazos “são, em geral, irrealistas e desfasados da capacidade de execução de modo adequado e em tempo útil” e que a devolução de hospitais às Misericórdias não deve ser feita a qualquer custo. → Portugal, 8/9