

O AGRAVAMENTO DO CONFLITO PÚBLICO-PRIVADO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE AUMENTA INEFICIÊNCIAS E CUSTOS

Este estudo tem como base uma intervenção que fizemos na “workshop ”Sobre Gestão Hospitalar organizada pelo Sindicato dos Médicos da Zona Centro em 1 de Abril de 2006 em Coimbra .

RESUMO DESTE ESTUDO

Neste momento coexistem no SNS três sistemas de gestão diferentes que agravam o conflito público-privado e, conseqüentemente, também as ineficiências e custos.

O primeiro sistema de gestão, ainda dominante, é o sistema público administrativo da saúde que coexiste com uma elevada promiscuidade público privado. A provar isso estão os seguintes factos: (1) Permissão dada por lei (nº 6, Base XXXII, da Lei de Bases da Saúde) do exercício da medicina privada a certos profissionais dentro mesmo das instalações hospitalares; (2) A maioria dos directores de serviços, uma pedra chave em toda a organização hospitalar, terem consultórios concorrentes privados ou trabalharem para empresas privadas, em muitos casos, grandes grupos privados concorrentes; (3) A baixíssima produtividade de alguns profissionais de saúde (por ex., num dos hospitais do distrito de Coimbra, três oftalmologistas realizaram 300 operações a cataratas por ano, enquanto um outro sozinho realizou 600 operações), coexistindo com casos de muitos profissionais sentirem-se frustrados porque as condições organizacionais que lhes são impostas os impedem de fazer mais; (4) A elevadíssima despesa com medicamentos por habitante em Portugal muito superior à verificada na maioria dos países mais desenvolvidos da União Europeia (de acordo com a OCDE, a despesa com medicamentos em Portugal por habitante é superior em 24% à da Finlândia, em 55% à da Dinamarca, em 19% à da Inglaterra, etc.);(5) O SNS vai gastar em 2006 mais de 681 milhões de euros com o pagamento a privados pela realização de meios complementares de diagnósticos e terapêutica, quando existem em muitos hospitais públicos inúmeros laboratórios que estão em grande subutilizados, como sucede com os 27 laboratórios e 25 unidades técnicas diagnosticas e de terapêutica que existem no Hospital de Santa Maria.

O segundo sistema de gestão que existe no SNS é a gestão privada com fins lucrativos de instalações adquiridas com fundos públicos ou de serviços clínicos pagos pelo orçamento do Estado. São exemplos os casos do Hospital Amadora – Sintra e da convenção com médicos privados na R.A. da Madeira. No primeiro caso o conflito público-privado é permanente e já determinou custos elevados para o Orçamento do Estado. No segundo caso, ele tem-se traduzido por elevados custos para os utentes. Em 1978, primeiro ano em que vigorou a convenção, os utentes tiveram de pagar por cada consulta uma importância que variou entre 300\$00 e 500\$00, sendo depois reembolsados pelo governo regional em 250\$00, ou seja, a comparticipação variava entre 83% e 50%. Em 2005, cada consulta custou ao utente 50 euros, e o governo regional apenas reembolsou entre 20,45 euros e 7,5%, ou seja, o utente tem de suportar entre 61% e 85% do preço da consulta. Estima-se que, em 2005, a população da RA da Madeira tenha sido obrigada a pagar cerca de 4,7 milhões de euros com consultas, enquanto o governo regional suportou somente 2,8 milhões o que prova que, nesta área, a saúde deixou de ser tendencialmente gratuita como estabelece a Constituição da República. Dentro da gestão privada das unidades de saúde com objectivos lucrativos, interessa ainda referir as chamadas Parcerias Público Privadas (PPP). O que está a suceder com o Hospital PPP para Loures permite já ter uma ideia concreta quanto custará esta solução para o OE. O chamado preço do comparador público para este Hospital era de 800 milhões de euros para os dois contratos; concorreram 4 grandes grupos privados, sendo o preço mais elevado apresentado de 1.073 milhões de euros. No entanto, no Relatório do Orçamento do Estado para 2006, aparece previsto para este hospital o valor de 1.744,3 milhões de euros, ou seja, mais 62,5% que o preço mais elevado apresentado pelos grupos privados que concorreram.

Finalmente, o terceiro sistema de gestão em franco desenvolvimento no seio do SNS, é a empresarialização, ou a gestão economicista da saúde. No XII Congresso de Medicina da Ordem dos Médicos, o presidente da Entidade Reguladora da Saúde, nomeado pelo actual governo, afirmou que a “gestão empresarial potencia desvios ao interesse público, ao focalizar-se nos objectivos de rentabilidade e sustentabilidade financeira”. E que os profissionais de saúde corriam diversos riscos como consequência deste tipo de gestão. Numa análise que fizemos aos contratos programa para 2006 assinados por 19 Hospitais EPE concluímos que eles deviam receber mensalmente, de acordo com os contratos assinados, 101,1 milhões de euros, mas que estavam a receber mensalmente apenas 81,6 milhões de euros, ou seja, menos 19,5 milhões de euros por mês. Este facto –receber apenas 80,7% daquilo que deviam receber por mês – determina que estes hospitais estejam a viver sob a ameaça continua do estrangulamento financeiro, e que a preocupação de redução de custos se sobreponha a quaisquer critérios de natureza clínica, passando estes necessariamente para segundo plano, com consequências graves na qualidade do serviço de saúde prestado à população.

Neste momento, no seio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), coexistem três sistemas de gestão diferentes. Em todos eles o conflito público-privado é visível. Esses três sistemas de gestão, são: (1) Gestão pública administrativa da saúde coexistindo com elevada promiscuidade público-privado; (2) Gestão e exploração de instalações e equipamentos adquiridos com fundos públicos e de serviços clínicos pagos pelo Orçamento do Estado por entidades privadas com fins lucrativos; (3) Empresarialização, ou gestão economicista da saúde.

Analisemos como é que cada um destes sistemas de gestão, que coexistem neste momento no seio do SNS, alguns deles em franco desenvolvimento (nomeadamente o segundo e o terceiro) estão a contribuir para agravar o conflito de interesses público-privado. Para além disso, interessa igualmente esclarecer porque razão a privatização da saúde, por ex., através da entrega da exploração de unidades de saúde pública a privados, ou por meio das chamadas Parcerias Público Privadas ou ainda com base em convenções com privados, contribuirá para aumentar os custos da saúde em Portugal tanto para o Estado como para os utentes.

A GESTÃO PÚBLICA ADMINISTRATIVA DA SAÚDE COEXISTINDO COM A PROMISCUIDADE PÚBLICO-PRIVADO ESTÁ A DETERMINAR ELEVADOS INEFICIÊNCIAS E CUSTOS PARA O SNS

O sistema de gestão público administrativo da saúde foi e é ainda o dominante no SNS. Este sistema permitiu, por um lado, ao nosso País obter importantes ganhos na saúde (por ex., entre 1970 e 2003, a taxa de mortalidade infantil diminuiu, em Portugal, de 55,1% para apenas 4,1%, enquanto na Alemanha baixou de 22,5% para 4,2%; na Dinamarca passou de 14,1% para 4,4%; nos Estados Unidos diminuiu de 20% para 7%; etc.) e, por outro lado, que Portugal fosse considerado por organismos internacionais, como a OCDE, um dos países possuidores de um dos melhores sistemas de saúde, nomeadamente no campo da acessibilidade e equidade.

No entanto, apesar destes avanços importantes, o Tribunal de Contas, em auditoria que fez ao Serviço Nacional de Saúde em 2003, conclui que “o desperdício de recursos financeiros no Serviço Nacional de Saúde atinge, pelo menos, 25% do montante afectado à saúde” (Regulação da Saúde, Rui Nunes, pág. 39). O prof. Manuel Antunes, na intervenção que fez na “workshop” sobre a Gestão Hospitalar, referiu que o desperdício deve atingir, neste momento, já 30%. No entanto, mesmo os 25% já significam que em 2006, tomando como base os valores do Orçamento do SNS para este ano, um desperdício de recursos financeiros superior a 2.000 milhões de euros.

Esta elevada ineficiência na utilização dos recursos financeiros resulta fundamentalmente dos seguintes factos: (1) A existência de uma gestão que não é orientada pelos princípios da eficiência, da eficácia, e da responsabilização, que não fixa objectivos claros para cada unidade de saúde, quer a nível de toda a unidade, quer a nível de cada serviço, quer mesmo a nível dos profissionais, não existindo depois qualquer avaliação efectiva de desempenho e, conseqüentemente, não havendo também qualquer responsabilização pelo incumprimento dos objectivos; (2) A existência de hospitais e centros de saúde com estruturas totalmente inadequadas para responder às necessidades actuais (por ex., no Hospital de Santa Maria as unidades de internamento geral têm apenas, cada uma delas, 22 camas, quando o aconselhável seria 30 camas; esta diferença determina que sejam necessários mais 50 médicos e mais 200 enfermeiros, o que não aconteceria se as unidades fossem de 30 camas); (3) A existência de hospitais que estão sobredimensionados para a população que abrangem (ex. Centro Hospitalar Médio Tejo), o que determina que existam vários serviços subutilizados; (4) A aposta numa medicina essencialmente curativa (hospitais), em prejuízo da promoção da saúde (cuidados primários e continuados), o que significa que o País, com poucos recursos como é o nosso, aposta fundamentalmente numa medicina cara (em 2006, 51% do orçamento do SNS é destinado aos Hospitais, enquanto as ARS, de que dependem os Centros de Saúde, recebem apenas 49%; em 2004, 16.188 médicos do SNS estavam colocados nos Hospitais, enquanto nos Centros de Saúde existiam apenas 7.377 médicos) ; (5) Assimetrias regionais também muito grandes a nível de cobertura do País em termos de saúde (em 2004, apesar de na região de Lisboa viver apenas 26% da população portuguesa tinha 38,7% do total de médicos; por outro lado, o Alentejo com 7,3% da população tinha apenas 3,9% dos médicos).

A juntar a tudo isto, tem existido e mesmo tem-se desenvolvido no seio do próprio SNS, com o beneplácito dos sucessivos governos, os quais têm permitido tal situação, uma elevada promiscuidade público – privada, que corrói como um cancro todo o SNS, determinando elevada subutilização de recursos e mesmo o seu descrédito aos olhos de muitos portugueses.

O reconhecimento desta grave situação, que se tem perpetuado ao longo dos anos, levou o prof. Manuel Antunes, um conhecedor do sector, a escrever no seu livro “ A doença da saúde” que “a

promiscuidade entre os dois sectores é a principal causa da falta de produtividade nos serviços hospitalares” (pág. 46).

A provar isso está também a permissão dada por lei (nº 6, Base XXXII, da Lei de Bases da Saúde) do exercício da medicina privada a certos profissionais dentro mesmo das instalações hospitalares; como prova também disso interessa referir que a maioria dos directores de serviços, uma pedra chave em toda a organização hospitalar, têm consultórios concorrentes privados ou trabalham para empresas privadas, em muitos casos, grandes grupos privados concorrentes; a provar isso está igualmente a baixíssima produtividade de alguns profissionais de saúde (por ex., num dos hospitais do distrito de Coimbra três oftalmologistas realizaram 300 operações a cataratas por ano, e um outro conseguiu sozinho fazer 600 operações), enquanto em outros casos muitos profissionais sentem-se frustrados porque as condições organizacionais que lhes são impostas os impedem de fazer mais.

A PROMISCUIDADE PÚBLICO-PRIVADO QUE EXISTE NO SNS DETERMINA ELEVADOS CUSTOS COM MEDICAMENTOS, E COM MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Mas não é apenas no campo referido anteriormente, que a promiscuidade público-privado é visível, e está a determinar elevadíssimos custos para o SNS e para os portugueses. Isso também se revela no facto de que o consumo de medicamentos por habitante em Portugal é muito superior ao verificado em muitos dos países mais desenvolvidos da União Europeia, como provam os dados da OCDE constantes do quadro seguinte.

QUADRO I – DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE E DESPESAS TOTAIS COM MEDICAMENTOS EM DÓLARES (USD) - PPC (Paridade Poder de Compra) – Ano 2003

PAISES	DESPESA POR HABITANTE EM DÓLARES (USD) - PPP	
	Com a saúde	Com medicamentos
Austrália	2699	378
Áustria	2302	389
República Checa	1298	284
Dinamarca	2763	271
Finlândia	2118	339
Grécia	2011	322
Hungria	1269	350
Irlanda	2451	289
Itália	2258	499
Luxemburgo	3705	389
Holanda	2978	339
Noruega	3807	358
Polónia	744	225
PORTUGAL	1797	420
Eslováquia	777	299
Espanha	1835	400
Suécia	2703	354
Suiça	3781	397
Inglaterra	2231	352

FONTE: OECD HEALTH DATA 2005, October 05

Com excepção da Itália, Portugal é o país onde a despesa de medicamentos por habitante é mais elevado. Tal facto resulta, por um lado, de preços por vezes muito mais elevados do que os praticados em alguns dos países mais desenvolvidos da União Europeia e, por outro lado, como consequência da forte pressão dos laboratórios, feita através de um marketing agressivo que muitas vezes não olha a meios para aumentar as vendas, que acaba por condicionar a própria prescrição dos médicos. Por ex., se a despesa por habitante em Portugal tivesse sido igual à verificada na Finlândia, um país altamente desenvolvido e competitivo, que está agora em “moda” em Portugal, o que levou o 1º ministro Sócrates e parte do seu governo a deslocarem-se propositadamente em missão de aprendizagem, Portugal teria poupado só em medicamentos, num único ano, cerca de 843 milhões de dólares PPC. E existem outros países altamente desenvolvidos, como é a Dinamarca, cuja despesa com medicamentos por habitante ainda é menor.

Para se poder ficar com uma ideia do que tudo isto custa ao SNS, basta dizer que, de acordo com os dados fornecidos pelo ministro da saúde durante o debate do OE2006, em 2003, o SNS gastou com “produtos farmacêuticos”, “material de consumo clínico” e com “produtos vendidos nas farmácias”

1.951,4 milhões de euros e, em 2006, prevê gastar 2.347,6 milhões de euros, ou seja, mais 20,3%. No mesmo período de tempo, as despesas com pessoal que tanto preocupam este governo aumentarão 12,4%. Em euros, o aumento, entre 2003 e 2006, é o seguinte: (1) Despesas com medicamentos e material de consumo clínico: +396,2 milhões euros; (2) Despesas com pessoal +263,2 milhões de euros, ou seja, cerca de 66% do aumento verificado no primeiro tipo de despesas.

Mas não é só a nível de medicamentos, que as consequências da promiscuidade público – privado são graves para o SNS. Em relação aos “Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico” (MCDT) os custos da promiscuidade público – privado são igualmente pesados para o Serviço Nacional de Saúde. Para concluir isso basta recordar o caso do Hospital de Santa Maria, que é actualmente um Hospital EPE, que possui 27 laboratórios e 25 unidades técnicas diagnosticas e de terapêutica, e que apesar de possuir toda esta capacidade instalada, suportando os seus elevados custos, mesmo assim, em 2004 por ex., este hospital gastou cerca de 6,5 milhões de euros com MCDT mandados realizar no exterior. E isto porque existem laboratórios do hospital que funcionam apenas durante uma parte do dia. O seu aproveitamento pleno permitiria certamente não só ao hospital reduzir significativamente aquela despesa como também realizar muitas das análises e dos outros meios complementares de diagnósticos prescritos pelos médicos dos centros de saúde do distrito de Lisboa, poupando muitos milhões de euros que o SNS tem de pagar a laboratórios privados. E de acordo com os dados apresentados pelo ministro da Saúde aquando do debate do OE estima-se que, em 2006, o SNS gaste com MCDT pagos a privados cerca de 681 milhões de euros.

GESTÃO E EXPLORAÇÃO PRIVADA DE UNIDADES DE SAÚDE E PARCERIAS PÚBLICO PRIVADO NA SAÚDE COM OBJECTIVOS LUCRATIVOS AGRAVARÁ AINDA MAIS OS CUSTOS DO SNS

Mas a baixa eficiência na utilização de meios que se verifica actualmente no Serviço Nacional de Saúde, e os elevados custos que resultam dessa situação, não é apenas uma consequência da promiscuidade público-privado que se acabou de referir. Ela também resulta da existência de outros sistemas de gestão, que coexistem com o sistema público administrativo, ou que estão neste momento em franco desenvolvimento no seio do SNS, e que são, em si mesmo, portadores do agravamento do conflito público – privado, o que acarretará inevitavelmente aumento significativo de custos e também de ineficiências. E isto está a verificar-se por mais que os seus defensores digam o contrário.

O primeiro desses sistemas é a gestão e exploração de unidades de saúde, construídas com dinheiros públicos, e de serviços clínicos pagos pelo SNS, por entidades privadas com fins lucrativos.

O desenvolvimento de sistemas de gestão privados de unidades de saúde pública com objectivos lucrativos no interior do SNS é possível devido à existência de uma multiplicidade de leis, que os governos do PS, incluindo o de Sócrates, sempre se recusaram em revogar, defendendo-as mesmo e pondo-as em execução como está a suceder actualmente.

E essas leis que permitem a entrega de unidades de saúde públicas à exploração privada com objectivos lucrativos são nomeadamente as seguintes: (1) A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) aprovada pelo governo PSD de Cavaco Silva ; (2) A nova Lei de gestão Hospitalar (Lei 27/2002) aprovada pelo governo PSD/PP; (3) A resolução 9/2006 do governo de Sócrates, que permite a criação de Unidades de Saúde Familiar do 5º nível.

Assim, de acordo com a Base XXXVI da Lei de Bases da Saúde “podem ser autorizados a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais e de centros de saúde do SNS a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos médicos”. É evidente, que “outras entidades”, inclui grupos económicos com objectivos lucrativos. Por outro lado, a chamada “Nova lei de gestão hospitalar”, no seu artº 10º dispõe a “cessão ou exploração de um centro de responsabilidade ou serviço de acção médica a grupos de profissionais ou entidades públicas ou privadas que demonstrem capacidade e competência técnica”. É evidente que no grupo “entidades privadas que demonstrem capacidade e competência técnica” caberão certamente, entre outros, os “Mellos-Saúde”. Finalmente, as chamadas “Unidades de Saúde Familiar do 5º nível” previstas na recente resolução 9/2006, não significa outra coisa que a entrada de privados nos Centros de Saúde, com objectivos lucrativos, agravando o conflito entre o interesse público do serviço de saúde e o objectivo de obter lucros por parte desses grupos.

Um exemplo concreto é o caso do Hospital Amadora – Sintra, onde o conflito público-privado é visível, e tem determinado dificuldades crescentes no controlo dos custos por parte do Estado, e causado encargos crescidos para o Estado, que acaba sempre por pagar contra os parecer dos serviços técnicos como já sucedeu, o que custou ao SNS milhões de euros,

Em relação às consequências da chamada medicina convencionada, cujos custos são pagos pelo Estado e pelo utente é paradigmático o exemplo daquilo que sucede já na R.A. da Madeira. Nesta região existe uma convenção assinada entre o governo regional e os médicos privados representados pela Ordem dos Médicos. Os resultados desse acordo constam do quadro II.

QUADRO II – Preço de uma consulta para o utente e para o governo regional na medicina convencionada na Região Autónoma da Madeira

ANOS	PAGO PELO UTENTE	REEMBOLSO DO GOVERNO REGIONAL				
		Escalão Único	Valor - Escalões			% do preço total
			A	B	C	
1978- Escudos	300\$00 a 500\$00	250\$00				83% e 50%
2005- Em euros	50 €		20,45€	18,75€	7,5€	40,9%, 37,5% e 15%

Entre 1978 e 2005, o preço das consultas cobrado pelos médicos convencionados aumentou, em média, 25 vezes, e a comparticipação do governo regional que, em 1978, se situava entre os 50% e 83%, baixou para apenas entre 15% e 40,9% do preço cobrado pelo médico, tendo o resto de ser pago pelo utente. Para se ficar com uma ideia do que isto representa em aumento de despesas para a população da Madeira, basta ter presente o seguinte: segundo o dr. Nélio Mendonça, ex-secretário regional dos assuntos sociais e saúde da RA da Madeira, em 2005, o número de consultas em médicos convencionados foi praticamente igual às realizadas nos serviços oficiais de saúde (respectivamente, 150.000 e 160.000). As 150.000 consultas dadas por médicos privados abrangidos pela convenção devem ter custados aos utentes cerca de 4,7 milhões de euros e ao governo regional 2,8 milhões de euros. Desta forma o governo regional da Madeira transferiu para os utentes a maior parte do custo desta prestação de saúde, deixando a saúde de ser tendencialmente gratuita, pelo menos nesta área, na Região da Madeira como estabelece o artº 64 da Constituição da República. Este exemplo concreto torna claro as consequências da intervenção do chamado sector convencionado ou privado da saúde no SNS.

Outra medida que determinará o agravamento significativo do conflito público – privado no seio do SNS, com custos acrescidos para o estado e utentes, são as chamadas parcerias público privadas. Estas materializam-se através da assinatura de dois contratos entre o Estado e os grandes grupos privados vencedores dos concursos : (1) Um para construção do Hospital, que será pago pelo Orçamento do Estado em 30 anos; (2) E outro contrato, com a duração de 10 anos, para a exploração dos serviços clínicos. Os 10 hospitais que estão previstos serem construídos em regime de PPP abrangem 26% da população portuguesa, o que significará que, para estes portugueses, a prestação do serviço de saúde de natureza curativa passará para o controlo de grandes grupos privados com todos os inconvenientes que isso tem e que foram, em parte, já referidos anteriormente, os quais decorrem fundamentalmente de serem entidades com objectivos lucrativos, facto este que não se compadece com o tipo de serviço previsto na Constituição da República.

Por outro lado, a entrega de uma parte muito importante do sector do SNS a grandes grupos privados determinará despesas acrescidas para o Estado e para os utentes. O que está a suceder com o Hospital PPP para Loures mostra já de uma forma concreta o que sucederá. O chamado preço do comparador público para este Hospital era de 800 milhões de euros para os dois contratos; concorreram 4 grandes grupos privados, sendo o preço mais elevado de 1.073 milhões de euros. No entanto, no Relatório do Orçamento do Estado para 2006, aparece previsto para este hospital o valor de 1.744,3 milhões de euros. Quando perguntamos ao ministro da Saúde, aquando do debate do OE2006 na Assembleia da República, a razão destas diferenças tão grandes, a resposta que recebemos por escrito foi a seguinte:- no valor de 1.744,3 milhões de euros, está considerado uma taxa de inflação anual de 2% (logo se o valor da inflação for maior, o valor a pagar aos privados terá de ser aumentado), e de uma taxa de desconto real de 4% (taxa de lucro a preços constantes), o que significa que terá ainda de ser aumentada para incorporar os aumentos dos preços. É evidente que se o hospital fosse construído e gerido por uma entidade pública não haveriam lucros a pagar.

Para além disto tudo, e como consta do Relatório do Orçamento para 2006, estima-se que as despesas com parcerias público privadas na área da saúde, até 2019, custarão ao Orçamento do Estado 4.663 milhões de euros. No entanto, neste valor não está ainda incluído a maior parte dos chamados hospitais PPP, cujos custos dos contratos estimamos em mais de 14.600 milhões de euros. Desta forma está-se a hipotecar o Orçamento do Estado e as gerações futuras, pois serão estas que terão de pagar estes hospitais geridos e explorados por grandes grupos privados com fins lucrativos.

A EMPRESARIALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS, A GESTÃO ECONOMICISTA DA SAÚDE E O AGRAVAMENTO DO CONFLITO PÚBLICO PRIVADO

No XII Congresso de Medicina que teve lugar no Porto de 22-24 de Abril, em que estivemos presentes a convite da Ordem dos Médicos, o próprio presidente da Entidade Reguladora da Saúde, dr. Álvaro dos Santos Almeida, na intervenção que fez reconheceu que a gestão empresarial da saúde comportava elevados riscos, tendo apontado vários, que transcrevemos textualmente dos slides que utilizou para não sermos acusados de deturpar as suas afirmações.

Assim, começou por afirmar que “ a gestão empresarial potencia desvios ao interesse público, ao focalizar-se nos objectivos de rentabilidade e sustentabilidade financeira”.

Em relação aos profissionais de saúde, enumerou vários riscos, que são uma consequência daquele tipo de gestão. Assim, a “flexibilidade na gestão dos recursos humanos e sistemas de remuneração com base no desempenho” típica da gestão empresarial comporta os seguintes riscos para os profissionais de saúde: “(1) Pressionar os profissionais a seguir os objectivos dos gestores, em detrimento de outros valores; (2) Avaliação de desempenho focada na eficiência da aplicação de recursos em detrimento de critérios clínicos; (3) Redução dos incentivos à introdução de novas tecnologias ou práticas inovadoras; (4) Possibilidade de transferências da responsabilidade pelos incumprimento dos objectivos contratados para os profissionais”.

Uma análise que fizemos aos contratos programas dos Hospitais EPE assinados para 2006, que se encontram disponíveis no “site” do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde – www.igif.min-saude.pt – mostra que esses contratos são dominados por uma preocupação economicista da saúde, o que inevitavelmente determinará perversões com consequências graves na qualidade do serviço de saúde prestado. Para concluir isso basta observar o quadro III, que foi construído com dados que retiramos de cada um dos contratos programa assinados para 2006 pelos Hospitais EPE, contratos esses imposto pelo Ministério da Saúde,

QUADRO III – Valor da produção base contratada, valor de convergência e valor atribuído pela “qualidade e eficiência” e valor que deviam receber mensalmente e valor do duodécimo atribuído

HOSPITAIS EPE	VALOR ANUAL A RECEBER - Mil euros				Valor mensal a receber Mil euros	Duodécimo Mensal Mil euros	Diferença Mensal Mil euros	Duodécimo % do valor a receber
	Produção Contratada	Conver- gência	Qualidade e eficiência	TOTAL				
Centro H. Alto Minho	56.710,9	1.267,7	543,3	58.521,9	4.876,8	3.901,5	-975,4	80,0%
H.Distrital Bragança	19.076,6	2.067,8	886,2	22.030,5	1.835,9	1.468,7	-367,2	80,0%
H. Infante D. Pedro	40.326,8	184,7	79,1	40.590,6	3.382,5	2.706,0	-676,5	80,0%
H. S. João	171.925,0	43.566,2	18.671,2	234.162,4	19.513,5	17.248,0	-2.265,6	88,4%
- Coimbra	187.609,4	25.320,4	10.851,6	223.781,4	18.648,4	13.935,1	-4.713,3	74,7%
Centro H. Cova Beira	36.580,8	7.919,2	3.394,0	47.894,0	3.991,2	3.192,9	-798,2	80,0%
H.Distrital de Macedo	7.834,6	650,1	278,6	8.763,3	730,3	641,0	-89,3	87,8%
H..Sta. Maria Maior-B	18.513,2	577,9	247,7	19.338,7	1.611,6	1.289,2	-322,3	80,0%
H.S. João Deus- V.N.Famalicão	20.612,9	2.893,2	1.239,9	24.746,0	2.062,2	1.649,7	-412,4	80,0%
IPO- Coimbra	35.833,2			35.833,2	2.986,1	2.388,9	-597,2	80,0%
Centro H. Vila Real	43.410,7	1.516,3	649,8	45.576,8	3.798,1	3.038,5	-759,6	80,0%
H. Distrital Mirandela	9.902,9	3.026,5	1.297,1	14.226,5	1.185,5	975,6	-210,0	82,3%
H. Sto.André-Leiria	46.144,9	17,7	7,6	46.170,3	3.847,5	3.078,0	-769,5	80,0%
H.Sto.Teotónio-Viseu	79.006,8			79.006,8	6.583,9	5.267,1	-1.316,8	80,0%
IPO- Porto	79.782,7			79.782,7	6.648,6	5.318,8	-1.329,7	80,0%
H. Figueira Foz	18.913,8	2.057,2	881,7	21.852,6	1.821,1	1.456,8	-364,2	80,0%
H.Geral Sto.António	131.504,6	7.488,6	3.209,4	142.202,6	11.850,2	9.480,2	-2.370,0	80,0%
H.S.Gonçalo-Amarante	12.875,0	1.480,2	634,4	14.989,6	1.249,1	999,3	-249,8	80,0%
H.Sra.Oliveira- Guimarães	46.133,7	5.355,1	2.295,0	53.783,8	4.482,0	3.585,6	-896,4	80,0%
TOTAL	1.062.698,5	105.388,6	45.166,5	1.213.253,6	101.104,5	81.621,0	-19.483,5	80,7%

FONTE: Contratos Programa assinados para 2006, disponíveis em www.igif.min-saude.pt

Para se poder compreender os dados do quadro é preciso ter presente o seguinte. O valor da “produção contratada” corresponde àquele valor base que o Hospital tem direito a receber se realizar a totalidade da produção acordada (consultas, internamentos, hospitais de dia, cirurgias, urgências, etc.). O valor de “convergência” é um outro valor que o hospital tem o direito também a receber para o compensar das obrigações no contexto do SNS, portanto pela prestação de um serviço público que

não realizaria se não tivesse essa obrigação. Finalmente, o valor de “qualidade e eficiência” é um valor que cada hospital tem o direito a receber se respeitar os critérios de eficiência e qualidade estabelecidos no contrato programa. Na coluna “Total” encontra-se, por hospital, a soma daqueles três valores anteriores, que é aquele que cada hospital deveria receber em 2006. Depois dividiu-se o valor “Total” por 12 meses, obtendo-se assim o valor que cada hospital devia receber mensalmente para cobrir as despesas que tem. No contrato programa de cada hospital encontra-se o valor do duodécimo, ou seja, o valor mensal que cada hospital está a receber efectivamente. E qual é a conclusão que se tira comparando o duodécimo de cada hospital com o valor que ele devia receber mensalmente, e que se obtém dividindo a soma dos valores que cada hospital tem o direito a receber em 2006 por 12 meses. Como mostram os dados da última coluna da direita, os hospitais EPE estão a receber mensalmente, em média, apenas 80,7% daquilo que deviam receber.

Por outras palavras, os 19 hospitais EPE constantes do quadro III, estão a receber mensalmente 81,621 milhões de euros (soma dos seus duodécimos) quando tinham o direito de receber, como base nos contratos programas que assinaram, 101,104 milhões de euros (soma do valor da produção contratada mais o valor de convergência, mais o valor de qualidade e eficiência dividido por 12 meses), ou seja, menos 19,483 milhões de euros por mês. Isto significa que, para muitos hospitais o facto de receberem apenas 80,7% do que têm direito a receber mensalmente, determina que vivam debaixo de ameaça continua do estrangulamento financeiro, e que os critérios economicistas da redução a qualquer preço dos custos se sobreponham a quaisquer critérios de natureza clínica, passando estes necessariamente para segundo plano, naturalmente com consequências graves na qualidade do serviço de saúde prestado à população.

Mas não é apenas a este nível que a gestão economicista da saúde, que caracteriza a gestão empresarial, “potencia desvios ao interesse público” como reconheceu o próprio presidente da Entidade Reguladora da Saúde nomeada pelo actual governo. O que está a suceder no Hospital de Santa Maria é mais um exemplo das perversões que este tipo de gestão provoca.

O Hospital de Santa Maria elaborou um “Plano Estratégico para 2006-2008” cuja implementação determinaria reduções de custos importantes. O investimento necessário para o implementar foi estimado em 75,6 milhões de euros. Os ganhos estimados só para o período 2006-2010 atingem 59,7 milhões de euros. O capital social do hospital permitiria fazer tal investimento. No entanto, a nova administração do Hospital EPE recusa-se a fazê-lo por motivos que não explica.

Os 31 hospitais que estão empresarializados, os chamados hospitais EPE, enfrentam neste momento dificuldades crescentes como consequência do modelo de gestão que lhes está a ser imposto pelo Ministério da Saúde. No ano de criação, como resultado do capital social que lhes foi atribuído, muitos deles conseguiram fazer alguns investimentos necessários já há muitos anos, mas que sempre o governo recusara, mas com a sua transformação em hospitais SA/EPE, e com atribuição de um pequena dotação de capital, conseguiram finalmente realizá-los. Mas passado esse período inicial, as consequências graves da gestão economicista da saúde dominada pela obsessão da redução do défice tornaram-se claras, o que terá graves consequências na qualidade do serviço de saúde prestado à população, ficando assim também claras as consequências do conflito público-privado, ou seja, entre o bem público, que é a saúde, e uma gestão privada da saúde, isto é, orientada por critérios que são estranhos a um serviço público de saúde.

Devido já à extensão deste estudo, deixamos para um outro, a análise daquilo que chamamos sistema público de saúde orientado pelos princípios da eficácia, da eficiência e da responsabilização, sistema esse alternativo aos sistemas que dominam ou estão em desenvolvimento actualmente no Serviço Nacional de Saúde, analisados neste estudo.

Eugénio Rosa
Economista
9.4.2006
edr@mail.telepac.pt