



MÁRIO JORGE HERMIDA MARTINS de CARVALHO

**PAPEL das LIDERANÇAS INTERMÉDIAS no
PROCESSO de MUDANÇA ORGANIZACIONAL
- O CASO das ORGANIZAÇÕES de SAÚDE em PORTUGAL -**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS, SOCIAIS E DA EMPRESA
Mestrado em Gestão**

Porto / 2012

MARIO JORGE HERMIDA MARTINS de CARVALHO

**PAPEL das LIDERANÇAS INTERMÉDIAS no
PROCESSO de MUDANÇA ORGANIZACIONAL
- O CASO das ORGANIZAÇÕES de SAÚDE em PORTUGAL –**

**Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto para obtenção
do grau de Mestre em Gestão**

Orientação científica

Prof. Doutor HENRIQUE DIZ

UNIVERSIDADE LUSOFONA do PORTO

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS, SOCIAIS E DA EMPRESA

Porto / 2012

Esta Dissertação é dedicada às
duas Mulheres da minha vida - à
Rosa Maria e à nossa Filha
Rosarinho - a que junto a ainda
imensa saudade da terceira - a
Minha Mãe.

AGRADECIMENTOS

Esta autentica aventura “*fora do tempo*” da candidatura a Mestrado em Gestão focada por exclusivo na área da saúde, nunca poderia ter sido completada sem várias e importantes contribuições que agora agradeço.

A primeira, negativa mas nem por isso menos relevante, tem origem na autossuficiente e cega actividade de alguns políticos, burocratas e gestores que tive de acompanhar e avaliar durante este tempo. O espanto e indiscutível incomodidade que as suas decisões, opiniões e intervenções em mim provocaram também contribuíram para um progressivo afinar de conceitos e opções metodológicas que são aqui assumidos e transpostos.

Mas a principal contribuição foi das centenas de profissionais da saúde que, num conjunto de dezenas de acções de formação por mim lideradas, sempre tive o cuidado de ouvir atentamente, registar as suas opiniões e críticas e solidarizar-me com muitas das suas queixas, em particular quando não aceites e ouvidas pelos diversos poderes políticos e corporativos de que dependem.

Uma última palavra de sincero agradecimento para

- O meu Querido Amigo, Senhor Doutor José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães, Presidente do Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos que, desde sempre, acreditou na utilidade da formação de curta duração em gestão e estratégia e, por via disso, me possibilitou o contacto com Médicos de múltiplas formações, estilos e conhecimentos;
- O Senhor Director da Faculdade, Prof. Doutor Henrique Diz, que entendeu orientar e supervisionar esta Dissertação, agradecendo todas as suas observações e críticas que sempre foram instantaneamente transpostas no texto;

RESUMO

A Gestão, como arte e experiência, tem sido infelizmente pouco solicitada para participar activamente no crucial e urgente processo de regeneração e reversão do Sistema Nacional de Saúde em Portugal. Perante a prevalência notória da perspectiva macroeconómica da economia da saúde, a gestão tem-se remetido quase ao serviço mínimo de repositório e subserviente cumpridor da norma emanada dos diversos e diversificados poderes da saúde, nomeadamente os político e burocrático. Sem querer com isto pretender ter encontrado a panaceia para a intervenção no processo, julga-se que sem um forte contributo da gestão jamais se atingirá o objectivo pretendido de flexão no andamento notoriamente negativo dos últimos anos. E isso passa por dois aspectos cruciais inerentes às organizações de saúde: acreditar verdadeiramente nas competências detidas pelas suas lideranças intermédias e apostar na respectiva delegação de poder e decisão. A contrapartida para isso será um sério, genuíno, forte, diferenciado e negociado processo de contratualização interna e avaliação de desempenho em excelência das unidades, serviços e centros nucleares da estrutura, em que de uma vez por todas se arrede a tradicional e já demonstradamente prejudicial posição negocial leonina dos diversos centralismos da saúde em Portugal.

PALAVRAS-CHAVE:

SERVIÇO NACIONAL SAÚDE; AVALIAÇÃO DESEMPENHO; CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA; LIDERANÇA

RESUMEN

Gestión, como arte y experiencia, ha sido, lamentablemente, poco utilizada como participante activo en el proceso crucial y urgente de la regeneración y reversión del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Portugal. Frente al predominio de la perspectiva macroeconómica de la economía de la salud, la gestión ha sido remitida casi al servicio mínimo de repositorio y silencioso cumplidor de la norma emanada de los diversos y diversificados poderes de la salud, en particular los políticos y burocráticos. Sin pretender afirmar haber encontrado la panacea para la intervención en el proceso, se considera que sin una fuerte contribución de la gestión jamás se alcanzará el pretendido objetivo de flexión en el paso notablemente negativo de los últimos años. Y eso implica dos aspectos fundamentales inherentes a las organizaciones de salud: creer verdaderamente en las competencias de liderazgo intermedio y apostar en su empoderamiento de poder y decisión. La contrapartida de esto será un serio, genuino, fuerte y diferenciado proceso de contractualización interna y evaluación de la excelencia en el desempeño de las unidades, servicios y centros nucleares de la estructura en los que de una vez por todas se aparte la tradicional arraigada posición y ya probadamente perjudicial de los diversos centralismos de la salud en Portugal.

ABSTRACT

Management, as art and experience, has been unfortunately not much solicited to participate actively in the crucial and urgent process of regeneration and reversion of the National System of Health (SNS) in Portugal. Facing the predominance of the macroeconomic perspective of health economics, management has been sent to the minimum service repository of standard compliant and subservient vis-a-vis different and diversified powers of the health structure, particularly the political and bureaucratic ones. Without claiming to have found the panacea for the process, the fact is that without a strong contribution of management the SNS we will never achieve the urgent turnaround from the negative and dangerous trend of the last decade. And that involves two crucial aspects inherent in healthcare organizations: to truly believe in the intermediate leadership skills competences and to focus on their empowerment and decision. The counterpart to this is a honest, genuine, strong, differentiated and negotiated internal contracting process and the performance excellence assessment of the unities, services and nuclear centres of the structure, in which once and for all the traditional and already demonstrably harmful leonine health centralisms in Portugal must be eradicated from negotiating discussions

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO e ABSTRACTS

	<u>PAGINA</u>
1. <u>NOTA PRÉVIA - Uma EXPLICAÇÃO de OPORTUNIDADE</u>	10
Justificação do porquê e suportado em quê, agora neste momento	
2. <u>CONSTATAÇÕES de FACTO</u>	23
Algumas Perguntas e a Razão de Ser de uma Opinião	
2.1. Factores estruturais e macroeconómicos do retrato genérico da saúde	
2.2. Comparação Norte-Sul em termos de custos Objectivos regionais e para a convergência de melhor desempenho Contratos-programa – conteúdo tradicional	
2.3. Modelo. Papel desempenhado. Exemplo das USF's Associação Nacional das USF's – Fev' 2011 ENSP – Prof. Miguel Gouveia - estudo Urgência de uma cultura de avaliação de desempenho	
2.4. Insustentabilidade do SNS Falência do Plano Nacional de Saúde – 2004 / 2010 As 13 grandes decisões políticas entre 2000 e 2006	
2.5. Relatórios da Primavera do OPSS de 2004 a 2011	
2.6. Principais Auditorias e Relatórios sobre a saúde do Tribunal de Contas	
2.7. Uma resenha jornalística sobre endividamento do SNS – 2008 a Junho de 2011 Gastar muito ou gastar mal em saúde ?	
2.8. Cadeia de valor em saúde. Reordenamento hospitalar na área metropolitana do Porto	
2.9. Diferenciação clínica e assunção da gestão Oferta dos serviços de saúde e política bottom-up	

3. **GESTÃO TRADICIONAL BUROCRÁTICA em SAÚDE**

65

Das Falácias à Voz do Doente

- 3.1. Sistemas de saúde europeus. Caracterização. Factores de (não) sustentabilidade. Dados estatísticos. O caso português
- 3.2. Conceito de economia da saúde. Sistemas de saúde e de cuidados de saúde.
- 3.3. Condicionamentos da gestão em saúde.
Círculo vicioso da gestão pública.
Modelos de governação na saúde.
Missão e Visão em saúde
- 3.4. New Public Management (NPM)
Conceitos. Constrangimentos. Aplicação na saúde.
- 3.5. Alternativa do empreendedorismo.
Caracterização das organizações de saúde
Acréscimo de valor para o accionista – também na saúde
Doente como produto hospitalar
- 3.6. Doente / Utente / Consumidor / Cliente
Consumo bem “cuidados de saúde”
Ponto de saciedade
- 3.7. Doente informado. Valor da informação para o doente.
Teoria da agência e procura induzida.
Ver o doente de perfil.
Integração do doente no sistema
- 3.8. Voltando à governação em saúde
- 3.9. Melhorias de eficiência na saúde (OCDE)
Cadeia de valor e criação de valor em saúde

4. CONTRATUALIZAÇÃO, PODER e GESTÃO ESTRATÉGICA das ORGANIZAÇÕES de SAÚDE

95

A via de sobrevivência pela Excelência

- 4.1. Prioridades estratégicas da contratualização em saúde
Quick Wins e a “falta de tempo” dos dirigentes.
Caracter leonino da contratualização externa
- 4.2. Redefinindo gestão em saúde em função das estruturas
Exercício da liderança e gestão
- 4.3. Contratualização interna e avaliação de desempenho das organizações.
New Public Management (NPM) e contratualização externa e interna
- 4.4. Condições de entorno para a contratualização.
Transposição da contratualização externa para a interna.
Execução da contratualização interna.
Caracter estruturante da contratualização interna
Ciclo de Deming
- 4.5. Poder, influencia e legitimidade em saúde
Gestão clínica das organizações - “ healer, leader and partner”
Modelo da liderança transformacional
O papel da cultura organizacional na saúde
- 4.6. Gerar valor versus controlar custos
Eficiência, eficácia e vantagem competitiva
- 4.7. Pay-for-Performance – as pinças para uma solução de carácter inflamável
Avaliação de desempenho e excelência na prestação do serviço em saúde

ANEXOS

- REMISSÕES por TEMAS
- QUADROS e SIGLAS
- BIBLIOGRAFIA

Nota

Esta Dissertação não segue o acordo ortográfico que se pretende vir a impor.

1.

NOTA PRÉVIA - Uma EXPLICAÇÃO de OPORTUNIDADE

Justificação do porquê e suportado em quê, agora neste momento

Quase a chegar ao fim ainda não verdadeiramente assumido por inteiro de uma longa carreira profissional, sinto que consegui algo de invulgar, embora não possa assegurar que cumulativamente tenha sido o mais acertado: ter exercido funções de gestão numa diversidade assinalável de sectores – na comunicação social, no comércio de vinhos, na indústria extractiva, na têxtil ou na actividade portuária, a título de exemplos mais representativos. Quase tudo isto, entretanto, sem deixar de ser bancário, o que também me possibilitou a experiência de saber o que é “*sentar-se do outro lado da mesa*” e, portanto, sentir os problemas e ver as potenciais soluções na óptica do cliente.

Na banca, tive dois momentos inesquecíveis (e, infelizmente, muitos para esquecer entre 1975 e 1985) em que, tanto ou mais do que o eventual sucesso do desempenho, aprendi muito, sofregamente, em contacto permanente com notáveis Profissionais a quem tanto fiquei a dever. Foi assim quando o meu querido Professor Manuel Baganha me convidou para fazer parte da primeira equipa do então gabinete de estudos do Banco Borges & Irmão, liderada por Fernando Pires Matos – onde fiz, com ele e através dele, a minha autêntica pós-graduação em análise e diagnóstico financeiros cujo instrumental e técnica de raciocínio perduraram e tanto me ajudaram pela vida fora. Foi nesse gabinete de estudos que me transformei num assumido tradicionalista empedernido em gestão e análise financeiras. O confronto diário com os casos concretos de empresas e projectos não fez depreciar em mim a consideração do *goodwill* e dos activos intangíveis que vieram a multiplicar em mercado e por milhares o valor nominal de casos emblemáticos. O que aprendi é que basta o mais banal processo de reestruturação interno para aqueles serem logo os primeiros activos sujeitos a desvalorizações brutais e muitas vezes demolidoras do projecto. Na altura, o que ainda nem sequer imaginava é que uma mera “*ideia*” em esboço de negócio (sem outros activos a suportá-la) podia bastar para recolher milhões num mercado quase exclusivamente vocacionado para a “*destruição criativa*”.

Apesar de infelizmente já muito atrasada, foi uma verdadeira vitória para os tais tradicionalistas o reconhecimento público de que “*obsession with shareholder value was a dumb idea*” (FT - 13 de Março de 2009), feita exactamente pelo que era reconhecido como sendo o seu autor inicial - Jack Welch. De facto, esta foi uma das provas mais evidentes do desvario demagógico que atravessou a gestão financeira e tomou de assalto a Academia e os Conselhos de Administração, subalternizando a criação de valor para a empresa - que devia ser o objectivo primeiro assumido de qualquer responsável - a favor dos interesses próprios e corporativos dos accionistas sem rosto e dos administradores gananciosos.

Em 1986 fui o primeiro director da sucursal de Corporate Banking do Barclays Bank PLC no Porto. O trabalho desenvolvido durante seis anos pouco terá de relevante, excepto o sempre atractivo processo de criar uma estrutura *from scratch*. Mas devo ao Barclays Bank PLC o meu terceiro momento de deslumbramento na banca – durante aqueles seis anos, foi-me propiciada formação avançada em gestão bancária, financeira e estratégica que, em condições normais, seria impossível a um qualquer profissional prover. Durante muitos meses, intermediados com a actividade entediante do dia-a-dia, aquelas emersões de autêntica clausura em Inglaterra foram a formação integrada que, das conferências intercontinentais de Peter Drucker e Gary Hamel aos já na altura rapazes de enorme sucesso nas salas de mercado (que chegavam, para escândalo geral, a conduzir os seus Porsches em *traje casual* de fim de semana), tudo contribuiu para me refazer como profissional e reordenou a minha atenção para a estratégia corporativa.

Hoje, assumo que a minha saída do Barclays Bank PLC em 1992 coincidiu e determinou o meu desencanto pela actividade bancária e de mercados financeiros. Na verdade, foi na formação em Inglaterra que ouvi pela primeira vez, escandalizado, a fórmula que a todos eram exigíveis as qualidades prioritárias do vendedor. A velha relação de confiança estava moribunda e a fidelização ou a personalização do relacionamento com o cliente eram tão-somente os veículos e não a cerne da actividade a prosseguir na banca.

Foi também por essa altura que os Bancos também deixaram de ser Instituições Bancárias, com *Emilio Botin* a gritar aos microfones da comunicação social espanhola, em Cibeles e à saída de uma importante reunião no Banco de Espanha: “*A Banca morreu; vivam os Bancos!*” O Barclays Bank em Espanha era, na altura, o paradigma do “*novo banco*” emergente, já liderado por Carlos Martínez de Campos, esse menino de ouro ambicioso e megalómano que chegou onde nenhum outro estrangeiro havia chegado na estrutura centenária do banco. A aposta, no início dos anos '90, já era abrir várias sucursais por semana, com uma estrutura de no máximo três elementos e cujo objectivo único era vender tudo o que fosse vendável em banca, suportados quase por exclusivo naquela aberração técnica (aqui, uma vez mais, o meu tradicionalismo ...) até hoje generalizada e que dá pelo nome de *credit scoring*. O crédito efectivamente transformado numa *commodity* foi coisa que jamais tinha imaginado assistir! A distanciação da banca não foi para mim um verdadeiro divórcio mas antes uma separação por inegável incompatibilidade de génios, o que não impediu de durante dez anos recolher milhares de recortes e textos e centenas de livros sobre a respectiva evolução dita-estratégica.

Entretanto, esse tempo constituiu para mim a grande e mais consistente experiência de gestão empresarial ao mais alto nível, nomeadamente na recuperação de empresas e projectos – e tive, portanto, a oportunidade de aplicar a prática daquele que não tem mais ninguém a quem reportar ou solicitar superiormente uma decisão definitiva, senão a si próprio. De todos aqueles projectos, devo referenciar o maior e mais representativo deles, que constitui ainda hoje motivo de muito orgulho e honra pessoais, ao liderar uma formidável equipa de “*profissionais normais*” que transformou em três anos uma empresa a oito dias de apresentação à falência num investimento apetecível para concorrentes conscientes da mais-valia potencial que oferecia. De facto e no nosso caso, conseguimos provar, em 1995 / 1999, que era possível fazer um *turn-around* completo e de sucesso na indústria têxtil tradicional portuguesa desde que se seguisse um princípio basilar infelizmente pouco comum no Vale do Ave:

o envolvimento e a celebração do sucesso de toda a estrutura, desde o director à mais humilde costureira da confecção, a quem sempre se disse, a prazo de horas, o que era vital fazer-se para sobreviver, o que estava em causa e as propostas para ultrapassar as imensas dificuldades.

Cheguei ao final da década de '90 com um acervo bibliográfico imenso acumulado (à minha óbvia escala pessoal) sobre a banca internacional e uma grande vontade de escrever sobre o que nela se passava e julgava antever. Ao desistir na altura da opção académica, concedi a mim próprio uma licença sebática e, enclausurado, solitário e rodeado de papéis, escrevi *“Banca e Banqueiros Globais – vinte anos de estratégia bancária”*, numa experiência única que me fez humildemente reconhecer o quanto escrever pode ser um trabalho físico também imensamente árduo. E a tese pessoal lá ficou, transposta e defendida em duas centenas de páginas: apesar dos textos bem concebidos nos relatórios anuais e das intervenções eloquentes dos seus maiores representantes, a banca nunca teve nem soube ter uma perspectiva estratégica do seu negócio – a navegação à vista e o aproveitamento conjuntural das oportunidades, a par da passividade e complacência das autoridades e reguladores, transformava o negócio de margens de tostões num retorno de biliões em produtos muito mais imaginativos do que inovadores. E a verdade é que, em pleno arranque do que foi esse erro que se chamou Basileia II e do fecho da controvérsia entre a Reserva Federal e a Secretaria de Estado do Tesouro acerca das fronteiras entre a banca comercial e de investimento, passaram-se mais oito anos de autêntica bebedeira de mercados e operadores, em que se fez gala de se ser sempre muito mais rápido, eficaz e criativo que a intervenção reguladora e supervisora.

Até que, em 2003 e inesperadamente...

Vejo-me a entrar pela primeira vez num enorme hospital para exercer funções executivas de administração – e, não tendo sido amor à primeira vista, tem sido, indiscutivelmente e até hoje, o exclusivo centro da minha actividade profissional, académica e de investigação.

A saúde é, antes de tudo, o ministério nuclear da vida com o fascínio de só ser eficaz e efectivamente útil se levar em conta as regras fundamentais da boa gestão, quer não se queira ou não se goste. Mas, também por outro lado, mesmo o mais qualificado dos gestores profissionais tem de humildemente aceitar dois pressupostos básicos para a sua intervenção, sob pena de se constituir no maior, mais inesperado e escandaloso *flop* de uma qualquer vida de sucessos: em primeiro lugar, nenhuma experiência adquirida serve, em globo, como garante e suporte para o exercício conseguido da gestão em saúde. É óbvio que a experiência e o domínio das ferramentas são cruciais mas nenhuma delas dá a segurança do contributo necessário ao bom senso exigível para encontrar as melhores e mais exequíveis soluções. Isto também está muito relacionado com o outro pressuposto nuclear: não há obviamente outro sector de actividade (a educação aproxima-se mas ainda está longe) onde a competência, autonomia e capacidade de decisão técnica a todos os níveis da hierarquia sejam tão desenvolvidas como na saúde, o que necessariamente obriga o gestor a ter de ver a estrutura dependente de uma forma completamente diferente daquela a que está habituado por tradição. Só que a saúde em Portugal, em termos de gestão, é um autêntico *case study* no mau sentido – quase tudo se aceita, idealiza e implementa ao arrepio das regras mais elementares, testadas e adquiridas, como se nada estivesse já inventado ou se não lhe aplicassem as boas práticas gestionárias correntes. Acresce que a gestão também cometeu erros crassos quando foi chamada a colaborar na saúde: em primeiro, a notória politização da gestão em saúde não só a condicionou em termos de ciclos de vida legislativos como levou ao respectivo exercício contingentes cada vez menos preparados de apaniguados e seguidores sem os mínimos recomendáveis de senioridade e experiência que o sector exigia. Em segundo lugar e como originalidade desconhecida fora da área, ela tem sido o sistemático e indefeso refém da economia da saúde (cuja nuclearidade não é discutível!), campo da excelência dos burocratas e académicos que objectivamente condicionam de forma preocupante um exercício assumido da gestão em saúde.

Estes dois aspectos foram inteligentemente explorados pelos poderosos corporativismos internos, nem sempre dispostos à mudança, que chegaram autenticamente a por em pânico e quase inacção os gestores encartados acusados da “*visão economicista da saúde*”.

De 2006 até hoje, percorri parte importante deste país, contactei e ouvi centenas de profissionais de saúde e ocupei centenas de horas a investigar na área da gestão em saúde – tudo sob um pressuposto basilar a que nunca renunciarei: nada sei nem devo saber nem me compete saber de medicina, área insubstituivelmente entregue aos seus profissionais. De facto e ao contrário do que parece ser a opinião prevalecente, pode-se discorrer e construir uma plataforma de funcionamento para as organizações de saúde sem pretender “*concorrer*” com os seus profissionais, no sentido de que a grande opção será sempre a de lhes entregar por inteiro e assumidamente a liderança do processo de gestão. Em 2008 escrevi um livro quase panfletário sob o título “ *Gestão e Liderança na Saúde – Uma abordagem Estratégica* “ cujas grandes linhas de força agora retomo, embora obviamente com sustentação acrescida. Nos agradecimentos desse livro escrevi “ *Como alguns deles já sentiram da pior maneira - para eles e para as organizações de saúde onde aterraram - dava uma receita barata de humildade aos muitos gestores de moda deste país: trocar o sonho de Harvard por um mês num serviço de ponta de um dos nossos hospitais centrais. Ali não há redes nem anteparos nem maturações convenientes nem simuladores de gestão para treino – a decisão está, sempre e infelizmente, atrasada e escrutinável a prazo máximo de horas. Aprendi, assim e no terreno, a ter uma admiração sem limites pelos profissionais de excelência que, todos os dias, multiplicam vezes sem conta o milagre da vida – sem meios disponíveis nem o nosso reconhecimento público, arcando com o ónus da incompetência dos políticos e burocratas e a trabalhar sob pressão insustentável. Para eles, portanto, aqui vai também a referência muito sentida deste livro – até um destes dias, como doente! ...*”

Esta qualidade de “*potencial doente*” faz com que todos tenhamos a obrigação de lembrar aos profissionais de saúde os termos da “*Carta Europeia dos Direitos do Utente*” (2002) que não pode continuar a ser um mero enunciado de (boas) intenções sem expressão prática generalizada.

É tal a avalanche quotidiana de dados e informações sobre a saúde em geral e o Serviço Nacional de Saúde em particular que tive de fixar uma data final de análise e tratamento para efeitos do presente Projecto. Escolhi, assim, o fim do mês de Setembro de 2011, coincidente com a publicação pela ACSS dos resultados operacionais do sistema relativos a 2010: 393 milhões de euros de prejuízo global (mais 94 milhões de euros que no ano anterior), com 62% desse valor (244 milhões de euros e relativos a 36,6% da população) imputáveis aos hospitais da área de Lisboa e Vale do Tejo e 53 milhões de euros atribuídos aos hospitais do Norte (37% da população). Sem surpresa, constata-se também que a esmagadora maioria dos contratos-programa formalmente contratualizados com a Tutela não foram cumpridos – tão grave ainda, quase todos os indicadores de eficiência tiveram um comportamento medíocre. Fruto da experiência adquirida na formação e do natural desconhecimento técnico absoluto que detectei, entendo que é urgente esclarecer o profissional de saúde sobre a razão de ser da natural preocupação sobre a sistemática apresentação de prejuízos no SNS.

Julgo que a maioria dos contribuintes não fará questão fechada de os hospitais gerarem lucro – no SNS, gerar lucro também será uma demonstração de ineficácia na aplicação dos recursos financeiros atribuídos. O que não podem nem devem é apresentar prejuízos pela razão simples de que, sendo aqueles uma pura aplicação *ex post* de capitais, obrigam naturalmente à busca das correspondentes origens que só podem vir do crescimento do endividamento – e esse, como é óbvio, é o problema fulcral a resolver.

Gostaria de deixar claro, nesta introdução, qual é a minha fulcral opção pessoal a respeito dos serviços de saúde em Portugal: acredito, sem grandes hesitações, na viabilidade e sustentabilidade adequada do Serviço Nacional de Saúde, eventualmente em contornos de funcionamento melhorados mas sem pôr em causa os grandes princípios que levaram à sua criação e manutenção.

Para isso, entretanto, há que fazer a sua grande “*revolução interna*”, suportada em princípios basilares e recorrentemente esquecidos. Em primeiro lugar, os políticos e burocratas têm de se capacitar que não haverá nunca regeneração possível no SNS contra e sem a participação activa dos seus profissionais – demora mais tempo e custa mais a atingir (principalmente quando chocam com os *timings* da gestão política) mas não existe alternativa (1.01).

Em segundo lugar, a chave da racionalidade na utilização dos recursos está muito na verdadeira reordenação da oferta dos serviços, algo que a demagogia política pretendeu fazer passar como tentada à opinião pública num dado momento mas que não foi mais do que uma violenta e descoordenada acção sobre segmentos indefesos da procura.

Em terceiro lugar e como tese de sustentação do presente Projecto, o cerne do sucesso estará sempre na progressiva, sustentada e generalizada delegação do poder interno nas organizações para os seus serviços e unidades nucleares. Isto, naturalmente, combinado com o essencial da gestão: a efectiva e profissional contratualização interna de objectivos suportada na avaliação de desempenho em excelência. E como é costume dizer-se, para fazer tudo isto não é preciso mais dinheiro mas, fundamentalmente, algo eventualmente mais difícil de obter mas de muito superior retorno: coragem, determinação e profunda confiança no *empowerment* a levar por diante.

Em quarto lugar, os profissionais da saúde (nomeadamente os médicos) têm de realizar, uma vez por todas, que condescender com a não diferenciação no desempenho e daí também não retirar todas as consequências necessárias para valorizar, realmente e de todas as formas possíveis, a excelência, é manter o caminho para o abismo da mediocridade e da ineficácia generalizada. Isto é tão óbvio que há quem o inclua nas verdades económicas “*lapalisseanas*”: sem meritocracia não há competência; sem competência não há produtividade; sem produtividade não há crescimento nem qualquer hipótese de resgatar sustentadamente qualquer tipo de endividamento (1.02).

Se um dos problemas da saúde é a flagrante falta de incentivo para ter melhor desempenho, é um erro fatal considerar-se que este tem de ser por exclusivo de ordem financeira – dito de outro modo, ouvir quase em confissão os profissionais identificarem as razões porque abandonam o SNS pode e devia ser um óptimo exercício de aprendizagem para o poder político instituído no sector.

Alguns dizem-se inspirados por ele, calando ocasionalmente a vozearia quando fala mas eu prefiro dizer que, por infelicidade colectiva, não lhe foi dado tempo nem oportunidade prática para nos ensinar e transmitir pela experiência adquirida toda a sua excepcional sabedoria. O Professor Adriano Moreira (AM) escreveu um artigo notável (*“O Relativismo e a Decadência”* – Diário de Notícias / 19 de Julho de 2011) que se aplica por inteiro à gestão em saúde e ao particular deste Projecto. De facto, a permanente conjunturalização do necessário processo regenerador na saúde cai por inteiro nas reflexões do Mestre. Em primeiro lugar, os valores instrumentais tendem a depreciar-se perante o correspondente preço das coisas – a quase permanente *“obrigação”* da viabilização dos constrangimentos económicos secundariza os valores humanos. AM cita Oscar Wilde quando *“um cínico é um homem que sabe o preço de todas as coisas mas não sabe o valor de nada”* – aqui e antes de desenvolver o conceito fundador da principiologia, julgo que tal também decorre de um problema intrínseco à própria ciência económica quando, de eminentemente social e orgulhosa do adjectivante *política* até há vinte anos (todos aprendemos e exercitámos o conceito pelo catecismo de Raymond Barre) se transformou quase por exclusivo nas mais ou menos sofisticadas técnicas aplicadas de métodos quantitativos que raramente acertam mas servem de prova e suporte ao que se perdeu em vocação.

Mas, por outro lado, a *principiologia* do Estado Social está de facto posta em causa exactamente por essa visão eminentemente economicista – aqui sim, aplicável por excelência! – de *“colocar o preço das coisas acima do valor das coisas”* e que naturalmente se traduz no *“atirar a esperança pela janela”*. O conceito da contra-democracia, resultante da quebra de confiança entre a sociedade civil e o aparelho do poder, tem como suporte indiscutível a falta notória de lideranças – aquelas que, suportadas na experiência conseguiram *“ler os caminhos da regeneração”*, definindo o futuro.

Adriano Moreira enuncia dois factores cruciais para a fragilidade do Estado – a autentica “*licença sabática*” (não) exercitável na regulação e supervisão das múltiplas redes irracionais de conhecimento e a exiguidade do próprio Estado quando se confronta com a relação crescentemente negativa entre os seus objectivos obrigatórios e os respectivos recursos. Daqui o sinal mais grave da decadência de um país – precisar de técnicos, ter os técnicos e não ter emprego para os técnicos. Julgo que, sem ser um especialista em saúde, o Professor Adriano Moreira enuncia todos – sem qualquer excepção! – os graves problemas que ela estruturalmente atravessa e sem cuja resolução não vale a pena insistir em despejar dinheiro sobre ela. Enquanto a “*vaga de fundo*” se não operar, centrada no que é verdadeiramente essencial, gerando o consenso indispensável para a sua sustentabilidade no futuro, não vale a pena realizar os congressos, os seminários, as conferências, os workshops e os artigos que a uma sequência vertiginosa só tentam discutir o óbvio mas não o difícil.

Durante os últimos anos, consultei, reportei e investiguei dezenas de trabalhos académicos realizados em Portugal na área da saúde. Uma parte substancial deles seguia a tradição e prática habituais – o inventário e repositório exaustivo de opiniões alheias qualificadas sobre algum (alguns) do(s) tema(s) de referência e, suportados nos dados públicos disponíveis, fazer o quase sempre presente exercício econométrico com o objectivo de contribuir para uma evidência suportada em informação sempre muito limitada (até obviamente pelos constrangimentos orçamentais que determinam a investigação) e intencionalmente aplicável a realidades mutáveis e frágeis por amostras nem sempre também tecnicamente defensáveis.

É uma via que não questiono mas não é definitivamente a minha – tentando clarificar perfeitamente a minha abordagem, diria portanto que o centro exclusivo da minha atenção foi e continua a ser a gestão e os meus mestres são naturalmente os da gestão. Em primeiro lugar, embora tendo sempre presente as especificidades da saúde, as soluções enunciadas e propostas buscaram-se e encontraram-se sempre na área da gestão.

Em segundo lugar, gostaria de parafrasear Tom Peters, citado pelo Prof. Jorge Vasconcelos e Sá (Vida Económica – 28 de Outubro de 2011): “- *Cada vez que escrevia um artigo e o circulava para comentários, descobria que Drucker já o tinha dito anteriormente. O homem é uma irritação permanente*”. De facto, com os Mestres da gestão em saúde acontece exactamente o mesmo – nada o que, de acertado, possam dizer ou ter dito, é original; seguramente, Peter Drucker já o terá dito, até pela sua dedicação exclusiva, nos seus últimos longos anos de vida, às organizações não-lucrativas e, em particular, às da saúde. Em terceiro e último lugar, durante todo este tempo entrevistei, discuti soluções e propostas, confrontei e fui confrontado dialecticamente com perto de trezentos qualificados e interessados profissionais da saúde, com quem convivi de perto. Presumo, assim, conhecer razoavelmente a realidade, de onde retirei as convicções.

Daqui que, portanto e em conclusão, não me peçam nem seria capaz de realizar um trabalho académico descomprometido, meramente discursivo e repositório de opiniões alheias, acético e politicamente correcto, por refreado na enunciação dos erros ou cerimonioso na identificação das incompetências – estamos a tratar, ao fim e ao cabo, de doentes e doenças!

Por outro lado, o que mais me custou foi o estrito cumprimento da norma académica a propósito da não adjectivação! Na verdade e para quem se tenha dedicado por inteiro à investigação e trabalho na saúde em Portugal é difícil não adjectivar os procedimentos, as decisões, os métodos e as opções políticas e económicas que foram sendo tomadas neste país. A defesa da saúde, em particular do SNS merece que nos indignemos, exaltemos e protestemos contra a burocracia, a incompetência, o poder corporativo e a falta de visão e liderança que parece quase tudo quererem fazer para boicotar a obra levantada.

Ora, enunciar e inventariar tudo isto sem adjectivar é realmente um objectivo de muito difícil concretização – mas a aceitação das regras de jogo isso o impuseram e procurei cumprir: a partir do final desta nota prévia, portanto, o recurso à adjectivação, mesmo perante as mais absurdas decisões e opções burocráticas e políticas, foi activamente renegado.

(1.01) Parece patológica aquela propensão burocrática para tudo controlar e superiormente regular. Ficaram célebres dois documentos emitidos na saúde e que apareceram reproduzidos na imprensa sob o título “*Sorria. É médico e os Doentes são Pessoas*” (JN / 14Jun2007) e que constituem exemplos acabados do que a burocracia está disposta a fazer.

Circular da Cortesia – Administração Regional de Saúde / Norte

“... todo o atendimento começa por uma saudação e uma postura de atenção personalizada ... E quem diz saudação diz sorrir, diz chamar os doutores e engenheiros pelo título, diz não tratar uma criança por “*minha filha*” ... A ARS/N ciente que uma boa parte das reclamações ... é precisamente sobre aspectos de relacionamento, resolver lembrar que o computador é um auxiliar precioso mas não tanto quanto o doente ... tudo porque cortesia é a arte de lidar com o outro ... os adultos são tratados em princípio pelo nome da sua preferência, precedido de senhor ou dona. O tratamento por tu está limitado a crianças ou jovens de acordo com as regras gerais de etiqueta... Evitar tratamentos pretensamente carinhosos como avozinho, querida ou minha filha ... sem esquecer que faça o favor e dê-me licença são usadas sem limites ... E o computador? Tem de ser apresentado junto com uma breve explicação da sua necessidade ...

Circular do Croquete – Direcção Geral de Saúde – Circular Informativa de 31 de Maio de 2007 – “Pausas para café / Orientações a serem observadas no âmbito de reuniões e eventos ligados aos serviços dependentes”

Beba-se água, café, chá, leite magro ou meio-gordo, iogurte e sumos de fruta. Coma-se pão escuro ou com alto teor de fibras alimentares e de vários cereais. Só com fiambre ou queijo magro, nunca os dois juntos. Admite-se requeijão, queijo fresco ou compota, mas só uma colher de sopa para 50 gramas de pão. Ah, e claro, fruta. Mas nunca, nunca bolachas e pastelaria, a não ser que sejam biscoitos tradicionais à base de azeite e farinha integrais ...

(1.02) É para mim irresistível aproveitar esta introdução para também, em testemunho pessoal, dar conta do meu desapontamento, incredibilidade mas também a irritação na qualidade de contribuinte perante a forma como as organizações de saúde têm vindo a ser geridas. Mais um exemplo: em 2002 era administrador delegado de um dos maiores hospitais portugueses. No início do último trimestre desse ano, a directora financeira entrou pela porta dentro do meu gabinete com um monte assinalável de papéis. Perguntei ao que vinha.

“- *Isto é o habitual, todos os anos, para o senhor levar à próxima reunião do conselho de administração – o estorno das taxas moderadoras não pagas, por identificação incorrecta do utente, da morada ou da impossibilidade em se cobrar*”.

Não me lembro dos valores exactos envolvidos mas asseguro que eram muito elevados. Antes de levar o processo a conselho de administração, decidi fazer a minha própria investigação pessoal – no dia seguinte, logo de manhã, plantei-me nos serviços administrativos da urgência, encostado a uma parede e sem dizer a ninguém ao que vinha. Como é óbvio, a admiração foi generalizada mas ninguém me perguntou nada. E constatei o óbvio – a culpa pelo não pagamento das taxas moderadoras cabia em grande parte aos próprios serviços do hospital.

O diálogo típico era o seguinte: o doente ou o familiar chegava ao guichet com os papéis de alta e, muitas das vezes, já com o dinheiro na mão. A administrativa dizia o valor a pagar mas acrescentava quase sempre ...

“- Não se preocupe. Se não tiver dinheiro ou lhe fizer diferença, nós mandamos para casa, à cobrança ...”

Como é óbvio, a mão que trazia o dinheiro ia logo para trás, instantaneamente, para dentro do bolso. Na altura, procurei sensibilizar os trabalhadores para as consequências do procedimento. A resposta era recorrente:

“- Oh, Senhor Doutor! A gente olhava para aquelas caras e via a felicidade por poderem adiar o pagamento ...”

Passei os quase nove anos seguintes a clamar permanentemente contra a demagogia política quando se falava em alterar as taxas moderadoras – uma factura que correspondia sempre, por incúria do sistema, a migalhas de cobrança. Os mesmos nove anos depois, a 25 de Outubro de 2011, o Ministro da Saúde dizia publicamente que as taxas moderadoras não cobradas correspondiam, neste ano, a perto de 60% da respectiva facturação. Enfim, nada tinha realmente mudado naquele período! Quando será que na saúde em Portugal pomos os pés na terra e gerimos realmente em função da realidade e não sobre o *wishful thinking*?

2.

Constatações de Facto,

Algumas Perguntas e a Razão de Ser de uma Opinião

2.1. Da evolução do Serviço Nacional de Saúde nos últimos dez anos teria havido possibilidades de se extrair incontáveis factos, episódios e decisões que comprovariam a necessidade urgente de uma profunda reflexão fora dos cânones habituais do pensamento prevalecente nos meios políticos, académico e corporativo da saúde em Portugal, ao se defender que o agravamento constante e substancial verificado nas contas das suas organizações derivou, maioritariamente senão mesmo em exclusivo, dos factores estruturais macroeconómicos e sociológicos sobejamente conhecidos (envelhecimento da população, progresso espectacular da inovação tecnológica, exigências e maior e melhor informação por parte do doente como stakeholder privilegiado, procura induzida e propensão ao consumo na saúde, etc).

Tais factores são parte relevante do problema económico-financeiro, aliás comuns aos sistemas de saúde mais evoluídos; só que, em Portugal, apesar dos constantes e diversificados alertas realizados de várias origens, o problema da sustentabilidade e reestruturação das organizações de saúde também deriva em percentagem elevada da indiferença, incúria e falta de foco dos diversos poderes para aspectos cruciais da respectiva gestão.

Por isso seleccionaram-se alguns episódios e decisões que procuram ajudar a compreender os graves factores endógenos do sistema que contribuíram para os resultados inquietantes com que nos confrontamos, neste momento, ao nível nacional, e que parecem todos confluir num desajustamento gestionário aos mais diferentes níveis. Assim,

2.2. De acordo com recentes notícias sobre modificações a introduzir na proposta de OE para 2012, os contratos programa que o Ministério da Saúde outorga todos os anos com os Centros Hospitalares, Hospitais e Unidade Locais de Saúde com natureza de entidade pública empresarial (EPE), vão passar a estar sujeitos à

fiscalização prévia do Tribunal de Contas (TC), na tentativa de controlar os respectivos gastos – neste momento, cerca de um terço dos hospitais EPE está em falência técnica e, na previsão do próprio actual Ministro, metade destas unidades estará nesta situação no final do corrente ano.

Só que, em termos de experiência histórica recente, em Março de 2011 o Ministério da Saúde ainda não tinha celebrado um único contrato-programa para 2011 (o prazo estipulado pelo próprio Governo era o fim de 2010) e vários relativos ao ano passado só foram fechados já no início deste ano. E em relação às verbas afectas à contratualização, se na definição inicial das linhas de orientação a seguir no processo de contratualização para 2011, o montante inicial global afecto em 2010 foi de € 4 037 milhões de euros (mais 12,7% do que o previsto), esse valor veio a ser posteriormente corrigido em baixa, em Fevereiro de 2011 (já, portanto, com o exercício em causa fechado) para € 3 582 milhões. Também por isso, é difícil adiantar, neste momento, o que vai acontecer com os valores a afectar aos contratos programa de 2011 e 2012.

Entretanto, de acordo com a Lei do Orçamento de Estado para 2010 e despacho do Secretário de Estado de 10 de Fevereiro de 2010 que define os termos da contratualização com os hospitais de gestão empresarial, o Ministério da Saúde gastou, em 2010, € 735 com cada habitante do Norte e € 1169 com os de Lisboa e Vale do Tejo - uma diferença de € 434 euros per capita por região, que corresponde a menos 557 milhões de euros para o Norte. Somando as dotações directas do Orçamento de Estado, a contratualização com os hospitais EPE e com os hospitais SPA/PPP, a verba atribuída aos centros de histocompatibilidade do Norte e do Sul e os gastos com ADSE e outros subsistemas, a região de Lisboa e Vale do Tejo (com 2,8 milhões de habitantes) recebe 3,3 mil milhões de euros, enquanto a região Norte (com 3,7 milhões de habitantes) recebe 2,7 mil milhões de euros. As maiores disparidades estarão no financiamento dos hospitais SPA/PPP's (Serviço Público Administrativo/Parcerias Público Privadas) em que os de Lisboa e Vale do Tejo recebem mais 186%. O montante global contratualizado com os hospitais EPE de Lisboa e Vale do Tejo (1,4 mil milhões de euros) é 19% superior à das instituições com o mesmo modelo de gestão do Norte (1,2 mil milhões).

Entretanto, o *deficit* financeiro em 2010 das unidades hospitalares de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) é cinco vezes superior aos hospitais do Norte (ARSN), mais € 94 milhões que no ano anterior, correspondente a 62% do total do deficit de todo o sistema. É o próprio Presidente da ARS - N (JN – 02 de Outubro de 2011) que afirma “*a região não pode ser responsabilizada por prejuízos que não lhe pertencem. Dois terços dos maus resultados são de Lisboa e não do país*”. Os três principais hospitais sob a alçada da ARSLVT (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Centro Hospitalar de Lisboa Central) tinham mais camas (39%), mais profissionais (33%), recebiam mais verba do SNS (25%) e tinham mais custos (39%) (dados de 2008) que os três principais da ARSN (Hospital de S. João, Centro Hospitalar de Gaia-Espinho e Centro Hospitalar do Porto), embora realizassem menos 24% de cirurgias. Mais ainda, o ratio primeiras consultas / total das consultas é também desfavorável à região de Lisboa e Vale do Tejo: enquanto no Norte ele melhorou 0,98%, na área da ARSLVT diminuiu 0,41% - pior, enquanto a afluência às urgências baixaram em todo o país, em Lisboa e Vale do Tejo subiram 5,9%.

Partindo do pressuposto de que os contratos-programa são os documentos que o Ministério da Saúde assina com cada uma das suas organizações dependentes, em que são definidos os cuidados a prestar por elas e pelos quais serão financiadas, vejamos o seu conteúdo tradicional para além dos valores envolvidos. Assim, no exercício da sua actividade, as unidades de saúde visadas ficam obrigadas a assegurar alguns parâmetros de qualidade quanto aos meios e processos utilizados e resultados apurados, nomeadamente

- (a) Aderir a um sistema de gestão da qualidade, como ferramenta fundamental da gestão;
- (b) Implementar programas de monitorização e avaliação de indicadores de resultados da actividade;
- (c) Atingir os objectivos definidos nos contratos-programa;
- (d) Promover inquéritos de satisfação dos utentes;
- (e) Aderir/manter um processo de acreditação;
- (f) Estabelecer normas e procedimentos no âmbito da actividade clínica.

Já houve a oportunidade pública de ouvir de viva voz os presidentes de conselho de administração dos dois maiores hospitais portugueses a propósito destes objectivos. Um, embora aceitando algum desacerto técnico, chamou a atenção para as intenções pedagógicas do progressivo “*treino*” que a metodologia oferece; o outro, afirmou publicamente a total inutilidade funcional e estratégica dos contratos programa. De facto, será de se questionar se accionistas de referência de corporação privada de uma qualquer actividade económica alguma vez contratualizaram com os seus gestores

... a monitorização dos objectivos e resultados

... a encomenda de estudos de satisfação dos seus clientes

... o estabelecimento de normas e procedimentos do seu “*processo produtivo*”

E entretanto,

nada se inclui no procedimento sobre a avaliação de desempenho dos próprios administradores das organizações de saúde da mesma forma que não há um qualquer objectivo ou intenção de “*articulação entre os três níveis de gestão (administração central/administrações regionais de saúde, conselhos de administração e níveis de gestão intermédia) em torno dos objectivos definidos ...*” como plataforma única para a “*... concretização das políticas de saúde, da missão do hospital e das metas de desempenho e resultados de médio e longo prazo fixados. O processo tornar-se-á muito difícil, se não mesmo impossível, se a contratualização se mantiver unicamente ao nível de topo ...*”

Ainda em relação aos contratos programa, refira-se que durante alguns anos, seguramente com o tal objectivo de “*treinamento*”, as organizações do SNS estiveram condicionadas pelos seguintes objectivos:

Quadro 01

Objectivos para a Convergência de Melhores Desempenhos

	NACIONAL	NORTE	CENTRO	LISBOA E VALE DO TEJO	ALENTEJO	ALGARVE
1. QUALIDADE E SERVIÇO						
Taxa de READMISSÕES no INTERNAMENTO – 1ºs 5 DIAS	15%	15%	15%	15%	15%	15%
2. ACESSO						
Peso PRIMEIRAS CONSULTAS s/ Total das CONSULTAS	15%	15%	15%	15%	15%	15%
3. DESEMPENHO ASSISTENCIAL						
Peso CIRURGIA AMBULATÓRIO s/ CIRURGIAS PROGRAMADAS	15%	15%	15%	15%	15%	15%
DEMORA MÉDIA (dias)	15%	15%	15%	15%	15%	15%
4. DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO						
RESULTADO LÍQUIDO	10%	10%	10%	10%	10%	10%
RESULTADO OPERACIONAL	15%	15%	15%	15%	15%	15%
CUSTO UNITÁRIO p/ DOENTE PADRÃO TRATADOS (B)	15%	15%	15%	15%	15%	15%

QUADRO 02

Objectivos Regionais

	NORTE	CENTRO	LISBOA E VALE DO TEJO	ALENTEJO	ALGARVE
DOENTE-PADRÃO / MÉDICO ETC	40%				
Taxa INFECÇÃO HOSPITALAR	60%				
Tx CRESCIMENTO LISTAS de ESPERA Cirúrgica		45%			
Tx CRESCIMENTO LISTAS de ESPERA para 1ª CONSULTA		55%			
Var. 1ºs CONSULTAS 2007/2006 (E)			40%		
Var. CIRURGIA PROGRAMADA 2007/2006 (F)			45%		
Peso CESARIANA / Total PARTOS			15%		
CUSTOS UNITÁRIOS – Consulta externa				25%	
CUSTOS UNITÁRIOS – Hospital Dia				25%	
CUSTOS UNITÁRIOS – Urgência				25%	
CUSTOS UNITÁRIOS – Internamento (G)				25%	
QUALIDADE CODIFICAÇÃO GDH's					40%
% 1ºs CONSULTAS / TOTAL CONSULTAS					60%

Da leitura destes dois quadros ressaltam naturalmente algumas perguntas que a par da pertinência parecerão quase provocatórias:

- O problema da infecção hospitalar é uma verdade exclusiva dos hospitais do Norte? E a preocupação acerca das listas de espera, deve centrar-se nos hospitais do Centro? E os alentejanos são os únicos que precisam do controlo do respectivo custeio? E no Algarve, os grandes objectivos regionais são a “*combinação*” entre um dos indicadores basilares de eficiência hospitalar – primeira consultas/total consultas – e a qualidade da codificação em GDH's?
- O problema importante da necessidade de convergência para os melhores desempenhos punha-se rigorosamente da mesma maneira – na distribuição do peso de cada um dos indicadores respectivos – ao nível nacional e para todas as cinco regiões? Dito de outro modo, o esforço de convergência era, na altura, rigorosamente o mesmo para uma organização hospitalar no Alentejo ou em Lisboa e Vale do Tejo?

Na verdade, a tarefa e objectivo de credibilização dos contratos-programa dentro de um sector tão vital como o da saúde não pode nem deve ser deixado à condução exclusiva por uma qualquer classe dirigente, com probabilidade de alheamento dos fundamentos e metodologias fundamentais do seu desenho e implementação – e isto também por uma outra razão crucial: quando um processo destes se descredibiliza será sempre muito difícil recuperar posteriormente a respectiva imagem e aceitação. E é por isso mesmo que ao nível das organizações de referência na iniciativa privada e na opinião dos peritos na matéria há justificada desconfiança perante testes, experiências-piloto ou arremedos de lançamento da contratualização e avaliação de desempenho – ou se faz, cumprindo todas as suas regras, ou então mais vale confessar a incapacidade momentânea de levá-la por diante.

2.3. Outro exemplo de cariz antagónico ao referido diz respeito às Unidades de Saúde Familiares (USF's) em que, numa fase inicial, até parecia tudo se pretender fazer (pela burocracia proposta, pela ânsia de controlo, pelo protelamento das condições de remuneração, etc.) para bloquear os fundamentos estratégicos da respectiva criação. O modelo das USF's é verdadeiramente inovador no quadro da prestação de cuidados de saúde no SNS português, responsabilizando os profissionais pela respectiva auto-organização e o atingir dos objectivos e metas comprometidas. A equipa multidisciplinar responsabiliza-se pela gestão (em termos de organização e técnicos) embora integrada no respectivo centro de saúde da área. Todas as USF – RRE (modelo de autonomia e liderança na actividade contratada) prestam os cuidados de saúde a um estrato populacional previamente definido, com a consequente inscrição por médico e lista de utentes. Um dos aspectos originais deste modelo de resposta consiste no facto de apesar de cada médico se responsabilizar pelo acompanhamento dos seus utentes, toda a estrutura (médicos, enfermeiros e outros) responder em intersubstituição no caso de falha ou falência daquela assistência afecta.

Apesar da diminuição actual no ritmo das respectivas propostas de constituição e abertura (para a qual contribuíram seguramente factores exógenos ao próprio sistema e que se relacionam com as expectativas do momento económico e das incertezas dele decorrentes), a verdade é que até 30 de Maio de 2011 entraram 481 candidaturas das quais 30 em avaliação, 19 a aguardar aprovação e 294 em actividade, envolvendo 5.798 profissionais que cobriam a mais perto de 480 000 utentes, correspondentes já a 30% do total da oferta de cuidados primários.

Mais recentemente, o próprio memorando de entendimento outorgado pelo governo português reconhece o papel fundamental das USF's, pela assumida racionalidade na utilização dos recursos afectos e, portanto do controlo dos custos daí derivados, reforçando-se a intenção de promover novas iniciativas dentro do respectivo quadro legal.

Infelizmente, mesmo quando se acerta na decisão, nem sempre o que vem a seguir se enquadra nos propósitos de progresso que possam ter estado na sua origem. Neste caso em particular e a título de exemplo, a Associação Nacional das USF's divulgou em Fevereiro de 2011 um trabalho em que denuncia os seguintes factos:

- Em 73,9% dos casos, os regulamentos internos dos ACES não tinham ainda sido realizados e publicados;
- Em 78,3% não tinham sido criadas todas as unidades funcionais bem como designados e publicados os respectivos coordenadores;
- Em 93,5% das unidades, o conselho executivo ainda não tinha aprovado os respectivos planos plurianuais e dotações orçamentais.

Entretanto, o Professor Miguel Gouveia liderou um grupo de investigação (2.01) que analisou o desempenho comparativo de uma amostra representativa das USF's – RRE da área da ARS – Norte em relação aos Centros de Saúde. Concluíram o seguinte:

(2.01) Gouveia, Miguel; Nogueira da Silva, Sofia; Oliveira, Pedro; Silva Miguel, Luis – “*Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental*” – Grupo de Trabalho Associação Portuguesa de Economia da Saúde – dados de 2005 e “*Análise dos Custos e Sistema de Remuneração e Incentivos das Unidades de Saúde Familiar*” – 31 de Janeiro de 2007

- Gastavam menos € 93 por utente e € 23 por consulta média para níveis iguais da oferta comparada.
- Os médicos gastaram menos € 1,26 por consulta em MCDT, para um total de despesa de € 16,75 e faziam, em média, mais 410 consultas, gastando menos € 2,3 por consulta em medicamentos.

A pergunta parece pertinente: os médicos e os restantes profissionais de saúde das USF's – RRE em causa já eram ou ficaram diferentes depois de assumirem a responsabilidade pela gestão daquelas unidades? Dito de outro modo, o que distingue o desempenho quotidiano de todos aqueles profissionais não será o desafio da assunção plena da gestão, em condições de autonomia e responsabilidades não reproduzidas nas restantes organizações do sistema? Parece, assim, fundamental a criação de uma assumida cultura de avaliação de desempenho das organizações e a implementação subsequente do processo de contratualização interna. Só que enquanto se não reverter na contratualização todos os factores diferenciadores (internos e externos) da actividade; se impedir a arbitrariedade na fixação de objectivos desconexos e desarticulados e, finalmente, se não cobrirem as necessidades de informação dos dados de desempenho – em termos de fiabilidade e rapidez –, continuaremos com aproximações ao que é um dos pontos-chave da reestruturação de todo o sistema.

Alias, é relevante constatar o facto de os responsáveis das unidades, quando ouvidos, dão mais importância à contratualização interna que à externa - 86% dão-lhe uma importância média e alta contra 76% relativamente à contratualização externa.

2.4. A Prof. Doutora Maria do Céu Machado, Alta Comissária para a Saúde em Portugal, pronunciou a conferência inaugural do Congresso Internacional das Ciências e Tecnologias da Saúde na Macaronésia (29 de Abril a 01 de Maio 2010 - Angra do Heroísmo e Maria Vitória – Ilha Terceira - Açores) tendo realizado algumas afirmações de extrema relevância:

- Neste momento, o Serviço Nacional de Saúde português está praticamente insustentável;
- O Plano Nacional de Saúde 2004 / 2010 falhou nos mecanismos de gestão e execução;
- Um inquérito feito em 2007 a técnicos de saúde sobre o Plano Nacional de Saúde 2004 / 2010 revelou que 87% já o conheciam mas 83% não o tinham lido.

Pelo Despacho conjunto nº 296 / 2006 de 30 de Março dos Ministros de Estado e das Finanças, e da Saúde criou-se a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional, com um mandato de nove meses, posteriormente prolongado por mais três, até 15 de Março de 2007. Na nota de apresentação do respectivo relatório Final, em 22 de Junho de 2007, o então Ministro da Saúde refere o seguinte: “ *Atingidos seis meses de exercício orçamental no ano em curso, é já possível afirmar que estão criadas condições para ser continuada a linha de ganhos de eficiência até aqui prosseguida e também recomendada pela Comissão.*”

No seu trabalho, a referida Comissão decidiu inventariar as treze grandes decisões políticas entre 2000 e 2006 que se julgavam e expectava virem a ter impacto financeiro relevante em termos de gestão da saúde:

Plano Nacional de Saúde

Reforma CSP / USF

Encerramento dos SAP's

Redução de preços de Convenções

Actualização do Valor da Taxas Moderadoras

Encerramento dos Blocos de Partos

Criação dos Centros Hospitalares

Construção dos novos Hospitais PPP's

Contratualização da actividade

Empresarialização dos Hospitais

Alterações na Comparticipação de Medicamentos, Redução de Preço e Margens de Comercialização

Liberalização da Venda MNSRM

Lançamento da Rede de Cuidados Integrados Continuados

É a própria Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS que chega às seguintes conclusões:

- (a) Para oito daquelas treze medidas não é possível de todo fazer a avaliação do respectivo impacto estimado;
- (b) Para duas das medidas inventariadas – Redução de preços de Convenção e Empresarialização dos Hospitais – os ganhos foram objectivamente “*pouco significativos*”;
- (c) O cumprimento dos objectivos relativos à construção dos novos hospitais PPP’s ainda não pode ser avaliado;
- (d) Admite-se que a Reforma CSP / USF e as Alterações na área dos medicamentos tenham sido as únicas com efeitos positivos de impacto financeiro

Já em Agosto de 2011, foi publicado o Despacho nº 10601/2011 que cria o grupo técnico para a melhoria da eficiência, do desempenho e da qualidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, coordenado pelo Dr. José Mendes Ribeiro, na sequência do compromisso assumido no Memorando de Entendimento com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional de “ ... *melhorar o desempenho e aumentar o rigor na gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, de forma a assegurar uma utilização optimizada e eficiente dos recursos disponíveis e continuar a garantir o direito à protecção da saúde ...*”

No preambulo daquele diploma refere-se que “ ... *o elevado endividamento dos hospitais, em nível nunca antes verificado, assim como a trajectória de degradação dos resultados do exercício dos hospitais exigem o desenho de uma nova política hospitalar mas também um conjunto de acções imediatas que possam ter impacto na contenção da despesa que permita atingir as exigentes metas a que o País se obrigou. A reorganização da rede hospitalar ... é assim uma prioridade, a par da redução de custos por via do combate ao desperdício e da melhoria da eficiência da gestão através da maior exigência na qualificação e responsabilização das equipas.*

A avaliação das oportunidades de concentração de serviços e a condução de programas efectivos de redução de custos nos centros hospitalares criados são objectivos que importa concretizar sem afectar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos ... “

A missão do referido grupo técnico para a reforma hospitalar consubstancia, pela primeira vez, o que é a abordagem consolidada da oferta dos serviços de saúde, pela reorganização da respectiva rede hospitalar, através da

- Melhoria do acesso e a qualidade das prestações de saúde;
- Melhoria da eficiência hospitalar;
- Garantia da sustentabilidade económica e financeira;
- Melhoria da governação e o desempenho dos profissionais ao serviço dos hospitais;
- Reforço do protagonismo e o dever de informação aos cidadãos.

2.5. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é uma parceria e rede de investigação liderada pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e, de entre outros, tem, como tarefa regular, a publicação anual do seu Relatório da Primavera.

Na edição de 2004, o OPSS inventariou algumas linhas de actuação para a gestão da mudança na saúde em Portugal: a refundação cultural como meio onde se há-de processar a mudança; o papel da gestão da informação e do conhecimento no processo da decisão; o reordenamento da perspectiva de gestão passando do enfoque puro de administração pública para o dos processos em termos de outcomes do cidadão/utente/doente e consequentes resultados; conceituação dos “*compromissos sociais*” a assumir na gestão da mudança – em termos de horizontes temporais e instrumentos formais de governação – combinados com os indispensáveis mecanismos de descentralização / autonomia e de coesão / coerência entre os diversos agentes.

Sustentando-se num discurso assumidamente pragmático (é necessário actuar, progredir, mudar) o processo de mudança parecia estar na calha, embora já alguma preocupação houvesse a respeito do financiamento de algumas das suas principais medidas. O OPSS, apoiado nessa “*vaga oficial*” de mudança previu, na altura três cenários para a respectiva sustentação:

(a) Cenário do Descongelamento / Desenvolvimento regulado

Desenvolvimento global de profunda transformação da gestão pública da saúde feito através da responsabilização pelos resultados articulada por uma crescente informação do/ao utente (cenário de aprendizagem com a experiência em acumulação com a ruptura com os estereótipos organizacionais tradicionais);

(b) Cenário da Desconstrução Apriorística / Ruptura

Previa um forte crescimento do sector privado na saúde e a consequente desarticulação do SNS com o recurso a profundas reformas na respectiva gestão;

(c) Cenário da Reacomodação / Mudança Limitada

Previa a falência total do processo de mudança, com a sua natural reabsorção pelo *status quo*, tudo devido às resistências à mudança, à má preparação das reformas ou mesmo à descontinuidade política

Um ano depois, em 2005, o OPSS assume o fracasso do processo de mudança “...*não é possível assegurar a gestão da mudança em sistemas sociais complexos como é o da saúde sem acção governativa sustentada com uma base política e social ampla. Quando a agenda da acção governativa depende quase exclusivamente do titular da pasta ministerial, como é próprio da cultura política do país, dificilmente esta sustentação pode ser assegurada ...*”

As principais razões apontadas para tudo isto acontecer seriam as desvantagens dos líderes da reforma não terem uma cultura de serviço público e de saúde, sem uma atitude de grande modéstia face às especificidades do sistema de saúde e desconhecendo a forma como opera e as razões dos êxitos e fracassos do passado.

Em suma, “...*O ministro sabe onde quer chegar...quer lá chegar o mais depressa possível ... (só que) não sabe muito bem como se chega lá ...*”. Tudo isto, entretanto, não deixou de justificar a junção em 2005 de mais alguns cenários para a mudança:

(d) Cenário do Incrementalismo / Fragmentação

Apesar de se saber o que se quer fazer, a sua operacionalização efectiva é complicada, dando origem a um enorme e incoerente conjunto de iniciativas, projectos e normas, fazendo com que seja difícil associar o que está a acontecer com uma agenda política clara e mobilizadora.

(e) “*Novo Serviço Público*” da Saúde

Pretende-se incitar e fazer compartilhar os actores sociais no processo de mudança, ao mesmo tempo que se exerce uma acção pedagógica que motive e convide à participação activa de todos os agentes na mudança.

Entramos em 2006 e o OPSS assume a desilusão a propósito do processo de mudança em saúde, “ ... *Inserido e modelado por uma cultura persistentemente centralista da governação em saúde, enredado numa teia burocrática e de comando-controlo que internamente também reproduz – não lhe foram facultadas, e noutros casos não soube, encontrar os instrumentos necessários para a implementação de modelos de negociação em que as novas competências delegadas em cada uma das “linhas de produção” se fizesse corresponder a um novo quadro de vinculações ...* “. Daqui, portanto, o conjunto dos problemas nucleares inventariados (2.02)

- Não definição explícita da missão, visão, estratégia, princípios e valores
- *Persistência de sistemas de informação precários*

(2.02) Julga-se relevante referir que o Ministro, na altura, foi Fundador e um dos Docentes mais representativos da própria Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, o que, para além da inquestionável independência do diagnóstico, demonstra o quanto a Academia também falha quando se lhe comete o encargo de governar, em vez do mero executar, como ensinou Peter Drucker há já cinquenta anos!

- Persistência da opacidade dos processos de decisão que, somada ao deficit de cultura de participação, gera climas organizacionais negativos e falta de transparência;
- Insistência na focagem em meros indicadores de produção;
- Persistência de um processo de planeamento quase virtual:
- Quase inexistência de mecanismos de contratualização interna com as linhas de produção que o compõem;
- Persistência numa cultura organizacional orientada para os prestadores.

Para o que aqui mais interessa, o Relatório da Primavera de 2007 é irrelevante ao dedicar-se a discorrer sobre os princípios básicos de Estado do Bem-Estar, sob o título genérico de “Luzes e Sobras – a Governação da Saúde”. Entretanto, uma frase final merece registo, “...*Ao discurso e à prática política não basta ser coerente. Para ter eficácia, tem de criar confiança no cidadão ...*”

O Relatório da Primavera de 2008 - “*Sistema de Saúde Português (Riscos e Incertezas)*” – faz o diagnóstico histórico mais abrangente de tudo o que se publicou sobre o SNS até aquele momento. Ao pretender reflectir sobre as incertezas e os riscos associados à situação vivida, focaliza a atenção nas tentativas de reorganização da oferta de cuidados e ao seu resultado, “... *os hospitais foram crescendo com ineficiências e sem planeamento nacional ou regional, as administrações da saúde afastaram-se, em parte, do problema, mantiveram-se pontos de oferta com discutível qualidade, como é o caso dos SAP e de algumas extensões de centros de saúde e criaram-se cogumelos privados de oferta, quase exclusivamente, pelos mesmos profissionais de saúde do serviço público*

Entretanto, “... o Estado, responsável maior pelo serviço público da prestação de cuidados aos cidadãos...mantém a sua “distracção crónica” por aspectos fundamentais de transparência e de organização do sistema. A prática governativa da saúde, em geral, mantém-se ocupada na resolução de problemas pontuais, como resposta à reacção dos profissionais, dos média ou dos restantes cidadãos utilizadores do sistema, não criando medidas que possam prevenir estas e outras situações ...”

Faz-se, assim, o diagnóstico relativo a aspectos cruciais do funcionamento do sistema:

- (●) A não consideração do valor do produto final para o utente / doente por parte de todos os sistemas e processos internos de gestão dos recursos disponíveis;
- (●) A impossibilidade de avaliação das tecnologias incorporadas, prescindindo ou não sabendo utilizar a voz activa do “*saber de experiência feito*”, sustentada nas instâncias e ferramentas de análise da pertinência do respectivo uso.
- (●) A manutenção do desenho organizacional tradicional e pouco mais que inalterado - apesar da empresarialização - quer quanto ao modelo de governo quer relativamente à sua organização interna
- (●) A importância reduzida devotada à avaliação de resultados e, na sequência disso, ao real cumprimento da missão delegada, dos objectivos propostos e dos métodos seguidos para os atingir
- (●) Os altos níveis de “*tolerância*” aos comportamentos dos profissionais e das organizações, o que determina a falta generalizada do espírito de grupo e a motivação para a excelência (2.03)

(2.03) A título exclusivamente pessoal, não estamos inteiramente de acordo com esta afirmação, fruto da experiência adquirida aquando do processo do registo electrónico de assiduidade nos hospitais. Fizemos dezenas de vezes a mesma pergunta a formandos, profissionais de saúde do SNS: “- Conhece ou não, um-a-um, os seus colegas sistematicamente relapsos, preguiçosos e incompetentes do seu serviço? Sempre com um sorriso a acompanhar, nunca tivemos uma resposta negativa. Então, fazia-se a segunda pergunta: no serviço X do Doutor K (conhecido pelas suas qualidades de liderança interna) acha que o controlo biométrico é preciso? E a resposta, invariavelmente, foi sempre não. Em suma, parece óbvio para quem vive ou viveu o ambiente do SNS que a “*tolerância*” aos comportamentos só existe quando, como e onde há uma falência crónica e notória da respectiva liderança.

Em 2009, o Relatório da Primavera (*“Razões para Continuar”*) acrescenta muito pouco ao que na altura já se antevia da evolução do SNS e da chamada de atenção para a necessidade urgente de enfrentar os graves problemas que se viviam. O OPSS optou por um texto de justa auto-exaltação pelos contributos dados pelas dez edições realizadas e a uma longa exposição sobre *“Os cidadãos como agentes de inovação em saúde”* que se lê para aprender mas não para rever a realidade portuguesa.

Entretanto, o OPSS refere a sua sistemática defesa da necessidade de implementação generalizada do processo de contratualização *“... como um instrumento fundamental para atingir uma utilização mais eficiente dos recursos e se alcançarem melhores resultados em saúde ...”*. E, nessa sequência, a razão é simples e óbvia: ela está muito focalizada na produção e não no valor gerado por essa mesma produção ou, dito de outro modo, enquanto se não passar, em termos de contratualização, do *output* para o *outcome* continuaremos a insistir em arremedos de processos de avaliação e contratualização.

O Relatório de Primavera de 2010 sob o título *“Desafios em tempos de Crise”* seleccionou o acesso a cuidados de saúde em ambulatório, em especial as primeiras consultas de especialidade efectuadas pelos cuidados de saúde primários para os hospitais como o seu tema central, na perspectiva muito mais focalizada no cidadão que no sistema, parecendo sair de uma lógica da oferta para outra de foco na procura, insistindo no papel da reforma dos cuidados de saúde primários como uma das principais transformações estruturais a levar a cabo.

Ao anunciar um programa próprio de acompanhamento nos próximos cinco anos desta matéria, desde logo dá conta que cinco especialidades, uma médica e quatro cirúrgicas – dermatologia, cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia e ORL – representavam 60% do volume de utentes em espera por consulta, verificando-se uma maior amplitude no volume de doentes nas especialidades de estomatologia, ginecologia, medicina interna, pediatria, pneumologia e psiquiatria, em que se regista mais do dobro da variação média.

Entretanto, a investigação parece não ter sido suficientemente aprofundada - continuamos sem saber o porquê e as especificidades das listas de espera naquelas especialidades. Dito de outro modo, aqueles dados têm algo a ver com o respectivo mercado da oferta, nomeadamente com o peso da concorrência público-privada no mesmo profissional de saúde? Há correlação comprovada entre os recursos disponíveis e afectos no sector público àquelas especialidades e as listas de espera? A maior ou menor apetência no acesso às especialidades referidas são factor a considerar neste problema?

O último Relatório da Primavera publicado foi o de 2011, sob o título sugestivo de *“Da Depressão da Crise, para a Governação Prospectiva da Saúde”*, que tem subjacente uma mudança radical na formulação daqueles trabalhos, já concretizada para o ano em causa: de uma postura de análise exclusivamente retrospectiva, assume-se também agora uma intenção prospectiva para a evolução do sistema, fruto de uma desejável melhoria na qualidade da respectiva governação em particular em quatro áreas da política da saúde: a reforma dos cuidados de saúde primários, a rede nacional de cuidados continuados integrados, os antibióticos e infeções e o acesso a cuidados ambulatoriais hospitalares.

O OPSS de 2011 faz uma resenha desenvolvida do que mais recentemente se tem publicado sobre o futuro dos sistemas de saúde evoluídos, partindo de uma evidência digna de revisto: as medidas propostas no Memorando de Entendimento para a saúde em Portugal nem foram uma surpresa nem sequer levantaram grande polémica nos profissionais do sector – não só já estavam, desde há muito, estudadas e propostas como também constituíam a única alternativa de viabilização sustentada do SNS.

E, para isso, nada melhor do se socorrer da opinião de perito de reconhecido mérito: “ ... *As medidas propostas no Memorando de Entendimento não se limitam a procurar obter poupanças de curto prazo. Existe uma preocupação subjacente em estabelecer mecanismos que assegurem um maior controlo das despesas com saúde no futuro.*”

Esses mecanismos envolvem avaliação de desempenho, utilização de mecanismos de concorrência no aprovisionamento público e criação de boas práticas de transparência e informação... “ (Pedro Pita Barros, Mundo Português, 23 de Maio de 2011). Algumas constatações de facto merecem referência especial:

- (a) Se até 2030 a Europa terá de redesenhar os seus sistemas de saúde essa tarefa tem de partir de um princípio básico: nenhum dos países tem, porque não existem, sistemas de saúde preparados para responder aos desafios que resultam de uma crise económica, financeira e social destas dimensões.
- (b) A crise pode vir a ter reflexos virtuosos na regeneração do sistema: em primeiro lugar, pela abrangência sectorial que a saúde oferece em termos de sensibilidade social e respectiva associação ao comportamento da despesa pública; em segundo lugar, porque a forma e conteúdo com que se abordarem os problemas e desafios terão repercussões óbvias no bem-estar das populações, constituindo um “*indicador*” muito revelador da forma como o país, no seu conjunto, responde às exigências e sacrifícios da crise;
- (c) Entretanto, o OPSS alerta para o facto, suportado em trabalhos públicos internacionais, que a crise económica, associada à perda de emprego e ao aumento da pobreza, contribuem para taxas mais elevadas de doença e morte devido à maior exposição a factores de stress, diminuição de coesão social, menor acesso às necessidades básicas de vida e acesso mais limitado aos cuidados de saúde como cuidados médicos e medicamentos.

Com o objectivo prospectivo em linha, o OPSS escolheu como guião um célebre trabalho que sintetiza o pensamento dos Ministros da Saúde dos países membros da OCDE e que foi publicado com o título sugestivo de “*Health System Priorities when money is tight*” (OECD, 2010). Ali, distinguem-se as políticas de curto prazo (contracção da despesa suportada numa estratégia de regulação de comando e controlo de *top-down* que permitem refrear, no imediato, o crescimento da despesa) e as de longo prazo (melhorar a eficiência pelo incentivo aos utilizadores, prestadores e reguladores).

Aqui e uma vez mais, é notória a dependência em que as iniciativas a tomar se encontram dos “*ciclos políticos*” quando, no curto prazo, se esperam resultados imediatos, embora de impacto nulo ou reduzido nos factores estruturais que determinam as variações na despesa a médio e longo prazos, onde o sucesso consolidado depende naturalmente do “*valor em saúde*” (Porter) e da criação de competências a todos os níveis e intervenientes no processo.

De facto, a verdade é de fácil constatação: “... *Cortar nas despesas sem poder contar com instrumentos de gestão que reduzam, simultaneamente, as múltiplas causas de ineficiência no conjunto do sistema de saúde, não só pode reduzir o acesso das pessoas aos cuidados de saúde, como também aumentar a regressividade do financiamento da saúde e criar novas ineficiências ...*”.

No caso concreto do Relatório da Primavera de 2011, o que se defende em termos estruturantes de qualidade de governação, passa por

- (a) Promoção da investigação em serviços e sistemas de saúde e a avaliação do impacte de tecnologias e programas,
- (b) Desenvolvimento de políticas sociais no sentido da melhoria da articulação interministerial;
- (c) Descentralização da gestão e do planeamento de saúde;
- (d) Melhor distinção entre o financiador e prestador e a aposta nos processos de contratualização;
- (e) Acabar com a fragmentação dos sistemas de informação de saúde a todos os níveis do sistema.

É o próprio OPSS que dá a resposta à questão fundamental daqui decorrente - porque é que os vários governos, em exercício de poder nas últimas décadas, não tomaram estas medidas, ainda que as tenham reconhecido como importantes e necessárias? Em termos de prestígio das instituições de poder no país, as respostas são, no mínimo, preocupantes:

- » Baixa qualidade dos dispositivos e instrumentos da governação da saúde;
- » Densa estruturação dos interesses particulares – económicos e profissionais – que se sobrepõem muito frequentemente ao interesse geral;
- » Ausência de uma cidadania activa – pessoas informadas e capacitadas, disponíveis para um envolvimento argumentativo nas questões que lhes dizem respeito.

A terminar o relatório de 2011, o OPSS enuncia dois cenários alternativos para *“balizar a evolução do sistema de saúde nos tempos mais próximos”*

Crise como Oportunidade

ou

Pagar cada vez mais por cada vez menos

O primeiro cenário constata o facto de ser muito importante investir simultaneamente e de uma forma determinada numa rápida melhoria da qualidade da governação da saúde, não só para assegurar o sucesso e a sustentabilidade das medidas de curto prazo, mas também para garantir que estas não condicionam, mas antes favorecem, o desenvolvimento de reformas mais profundas a prazo.

Pelo segundo cenário assume-se que os factores crónicos impeditivos da gestão de mudança na saúde continuarão a imperar, através das múltiplas resistências à aplicação das medidas propostas, o que levará a serem substituídas por outras politicamente mais *“fáceis”*, na expectativa de se chegar a resultados aproximadamente equivalentes. Esta política de *“substituição compensatória”* desenvolver-se-á no sentido de se continuar a aumentar a contribuição das pessoas ao mesmo tempo que se verificará uma diminuição acrescida da oferta pública em cuidados de saúde.

2.6. Também o Tribunal de Contas (TdC) tem produzido vasto material de análise e diagnóstico a propósito do funcionamento das organizações do SNS – infelizmente, sempre com um handicap estrutural que parece inultrapassável: o desfasamento temporal relativamente aos factos e decisões que reporta e audita, o que, no caso da saúde, na última década e por força da voragem e velocidade dos acontecimentos e temas em discussão pública, tem como consequência transformar os relatórios do TdC na confirmação formal e *a posteriori* do que já se suspeitava ou mesmo conhecia.

De entre o universo dos trabalhos publicados pelo TdC sobre a saúde, seleccionámos os seguintes:

- Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão e Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE – período de 2001 a 2004 – Relatório nº 20/06 – Processo nº 47/05 – Audit;
- Auditoria Orientada à Situação Económico-Financeira do SNS – 2008 – Relatório de Auditoria nº 54/09-2ª S – Processo nº 32/09 – Audit;
- Auditoria de Resultados à Contratualização Externa de Serviços Médicos pelas Unidades Hospitalares do Serviço nacional de Saúde – Relatório nº 19/2010 – Processo nº 29/2009 Audit;
- Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE – Relatório nº 17/2011 – 2ªS – Processo nº 20/10 – Audit.

O TdC teve uma intervenção única na identificação e seriação públicas específicas das medidas acordadas para a área da saúde no Memorando de Entendimento relativas aos exercícios de 2011 e 2012. Vale a pena, assim, ter uma ideia genérica e resumida dos compromissos principais a que o Estado português está obrigado nesta área:

- Apresentar uma descrição detalhada das medidas para alcançar uma redução de 200 milhões euros nos custos operacionais dos hospitais, até 2012 ;
- Prosseguir com a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais e do funcionamento conjunto dos hospitais.
- Actualizar anualmente o inventário de todos os médicos no activo por especialidade, idade, região e organização onde trabalham no sector público e privado e adequa-lo às actuais e futuras necessidades em termos de recursos humanos, através d e relatórios anuais de planos de afectação e reafectação de recursos humanos
- Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde, adoptando horários flexíveis de modo a reduzir em pelo menos 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012 e 10% adicionais em 2013.
- Tornar obrigatória a prescrição electrónica de medicamentos e meios de diagnóstico, abrangidos por sistemas de comparticipação pública.
- Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e implementar uma avaliação sistemática das quantidades e valores prescritos a ser realizada pelo Centro de Conferência de Facturas.
- Estabelecer regras claras para a prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tendo por base protocolos internacionais de prescrição.
- Prosseguir a publicação de protocolos clínicos e estabelecer um mecanismo de auditoria da sua implementação
- Finalizar a criação de um sistema de registos médicos electrónicos dos doentes.
- Criar um sistema que permita a comparação do desempenho hospitalar (benchmarking) com base num conjunto abrangente de indicadores e elaborar relatórios anuais regulares.

- Assegurar a plena interoperabilidade dos sistemas de tecnologias de informação nos hospitais, de modo a que ACSS recolha informação em tempo real sobre as actividades hospitalares e elabore relatórios mensais.

Para quem não esteja por dentro do sistema estranhar-se-á uma relativa passividade e acomodação a tão draconiano plano de reestruturação. A razão é que a generalidade destas medidas eram já conhecidas, debatidas e tidas como urgentes há muito tempo e por quase todas as classes profissionais dentro do sector. A Troika parece só ter acrescentado o que tem faltado de essencial à decisão a tempo pelos responsáveis portugueses: os conceitos de urgência e coragem para enfrentar e resolver os problemas diagnosticados.

Fazendo uma resenha histórica, o TdC tem vindo a concentrar a a sua atenção nos hospitais EPE, incluindo centros hospitalares e unidades locais de saúde, já que constituem cerca de 69% do universo da oferta no SNS. Entretanto, só muito recentemente, o TdC se associa à crítica especializada a respeito da própria composição dos órgãos de gestão no sentido da exigência legal de representação das respectivas classes profissionais, o que dificulta a coesão, operacionalidade e agilização do modelo e é, a par disso, contraditório com o próprio conceito de empresarialização das organizações - constituindo inclusive um retrocesso em relação ao que fazia e faz valimento nos hospitais do sector público administrativo (2.04).

(2.04) Há infelizmente, pouca investigação e divulgação públicas sobre o funcionamento e gestão dos hospitais universitários, que são, na nossa opinião, um exemplo da distorção no funcionamento de uma organização “empresarializada” de excelência. Os hospitais universitários não têm razão técnica para existirem – muito pelo contrário, deveriam ser eliminados, retirando as Faculdades de Medicina e os seus Docentes do respectivo quadro de gestão, chefia ou liderança. Há que enaltecer os Gestores hospitalares que, sendo Docentes universitários, conseguiram resultados na sua acção, em prejuízo da sua própria carreira académica. Existir em acumulação e paralelo numa mesma estrutura, dois poderes conflituantes, o executivo e o académico, em que o respectivo jogo é distorcido pela capacidade efectiva de condicionar a vida do profissional que, transitoriamente, exerce as funções de gestor é aterrador. Por isso mesmo, o lugar mais difícil de exercer na estrutura hospitalar universitária é, sem sombra para dúvidas, o de director clínico.

Daqui a ilação de que a empresarialização dos hospitais devia ter começado pela empresarialização da sua própria governação, de modo a “ ... *ultrapassar a gestão clássica hospitalar sustentada pelo princípio (ou suspeita) de que o interesse corporativo dos profissionais tenderá a impor-se aos doentes e à instituição ...*” (Grupo de Trabalho da ARSLVT - Governação dos Hospitais / 2009).

Ou, para chegar à mesma conclusão, como nos salientava, em entrevista, um professor catedrático e director de serviço hospitalar “ *Meio quilo de seriedade, umas pitadas de cara feia, muitos litros de jogo de cintura, quanto baste de lobbismo e tráfego de influência e alguma autossuficiência aparente*”, eis o que se exigia aos detentores tradicionais do poder hospitalar, como cartilha de sobrevivência pessoal.

O TdC salienta-o de forma veemente: se é verdade que 85% das unidades EPE consideram insuficiente o financiamento atribuído para dar conta de toda a sua actividade hospitalar (e disso os contratos-programa serão o seu principal veículo obstaculizador), a verdade é que o conteúdo e mecanismo de formação da decisão nesta área é quase sempre irracional em termos económicos, pela ausência de um adequado planeamento das necessidades, pressupondo que os recursos financeiros serão ilimitados e ficando sempre dependente da capacidade de convencimento e lobby dos diferentes actores e agentes intervenientes na negociação dos investimentos e espaços ocupados.

Como refere especificamente o TdC, “*os hospitais devem clarificar os seus mecanismos de gestão – para si mesmo e para os seus doentes/utentes/comunidade – clarificando quem é responsável por cada uma das suas práticas e das suas decisões, de modo a evitar a diluição da responsabilidade e a não prejudicar a accountability*”.

Na saúde parece quase desde sempre se entendeu que, sob pretexto da especificidade das suas atribuições e contexto de actuação, se não lhe deviam ser aplicadas as regras do bom governo da gestão organizacional. Um dos casos é, sem dúvida, e também segundo o TdC,

“...a inexistência de um processo regular e sistemático de avaliação de desempenho dos conselhos de administração, o que os desresponsabiliza perante o accionista e tutelas ... (ao mesmo tempo que) também subverte o modelo de contratualização, uma vez que o financiamento atribuído não decorre de uma avaliação dos resultados de eficiência e de melhoria da qualidade alcançados por via do exercício autónomo e responsável da gestão empresarial ...”. Para se ter uma ideia mais aproximada da gravidade da situação e o quanto ela se afasta da realidade corrente de qualquer outra actividade económica, refira-se o seguinte:

(a) A produção dos indicadores necessários à avaliação do desempenho continua precária e sem garantia de fiabilidade. Neste sentido, o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais refere que *“a avaliação, teimosamente escassa e pouco rigorosa, é um elemento crítico no funcionamento global do sistema e no próprio processo de mudança, na prestação dos cuidados como na gestão, com incidência a todos os níveis, do sistémico ao institucional e ao individual (..) interessando estruturas, processos e sobretudo resultados.”*

(b) Em 2009, o grau de desempenho das funções de administração das unidades de saúde EPE não foi formalmente avaliado em cerca de 95% dos casos. Por outro lado, 54% das organizações revelaram dificuldades intransponíveis na construção dos seus seguintes indicadores de desempenho:

- . Custo unitário do internamento, da urgência e da consulta externa
- . Prazo médio de pagamentos
- . Prazo médio de recebimentos
- . Peso do endividamento no capital estatutário

- (c) Entretanto, as poucas restantes que os calcularam revelaram ter utilizado formulações distintas, que naturalmente prejudicam a fiabilidade, a uniformidade e a comparabilidade do respectivo cálculo.

Algumas de outras conclusões fundamentais a retirar dos relatórios e auditorias referenciados são as seguintes:

- (●) Há evidência inquestionável relativa ao ganho de eficiência, produtividade e qualidade global na prestação dos serviços hospitalares pela passagem das organizações do sector público para o sector empresarial do Estado, sendo de realçar, a título de exemplo, o facto de os hospitais portugueses ganharem aos do *National Healthcare System* no desempenho em urgência e uma perca assinalável quanto ao internamento – como possível justificação deste último facto, há que realçar a nossa indiscutível e quase inultrapassável capacidade de eficaz improviso em situações não planeáveis e a dificuldade estruturante quando confrontados com a exigência de planeamento e organização “*by the book*” (2.05)
- (●) No que concerne aos contratos-programa, o TdC confirma e subscreve as críticas sistemáticas que desde sempre lhes são feitas – fixaram-se quantidades por linha de produção sem se atender às especificidades próprias relativas quer às necessidades de saúde da população servida quer à dimensão e uso das capacidades produtivas disponíveis, o que, à partida e como é óbvio, condiciona qualquer processo negocial de avaliação e controlo de desempenho das organizações;

(2.05) A actividade empreendedora em Portugal abrangia, em 2007, 15,4% da população activa destacando-se os empreendedores há menos de três meses, que representavam 4,8% (somente a Islândia, Hong Kong e Usa ultrapassavam o dinamismo português). Entretanto, Portugal é também dos países que apresentam maior taxa de venda ou de desistência do negócio. Os principais motivos da desistência é o negócio não ser rentável e motivações pessoais derivados por exemplo do excesso burocrático a enfrentar (custos de contexto) – BES Inovação / Abril 2008.

(●) O TdC tem sido mais um dos críticos à pobreza endémica do sistema de informação disponível e a circular no SNS (2.06), que “ ... *possa servir de instrumento fiável, completo e adequado ao desenvolvimento da função controlo e avaliação do desempenho ... alargando o conjunto de indicadores recolhidos por forma a facilitar a comparação de desempenho entre unidades hospitalares com características semelhantes ...* “

(2.06) Há uma justiça clara a fazer ao consulado de Ana Jorge e, em particular, ao seu secretário de estado adjunto e da saúde, Manuel Pizarro. De facto, de uma situação inqualificável e insustentável em termos de sistemas de informação e perante uma exorbitante proposta de gasto, transitada da anterior equipa ministerial, de € 300 milhões de euros para implementar o que seria o presumido *state of the art* na matéria, Manuel Pizarro rodeou-se de uma pequena equipa profissionais que gizaram e implementaram os avanços técnicos ocorridos nesta matéria na saúde em 2010 e 2011. Aqui está um exemplo elucidativo do que a visão de liderança política, o engenho e a competência nacionais podem dar à gestão da saúde, desde que focados num objectivo e avançando resolutamente no sentido da sua obtenção. A este respeito, há que acrescentar que parece consensual a ideia de que os sistemas de informação devem existir para cumprirem dois objectivos: apoiar a decisão em gestão e suportar as operações da respectiva organização (em termos de gestão eficaz de todos os seus recursos disponíveis). Exactamente por causa desse consenso em termos de objectivos, parece também não haver dúvidas de que sem uma estratégia clara e uma intervenção comprometida da gestão a todos os diferentes níveis da estrutura não será possível chegar a um resultado satisfatório de implementação de soluções exequíveis de sistemas de informação. Aqui se põe, uma vez mais, o problema sempre nuclear das opções a tomar: qual ou quais o nível mínimo de comparticipação no processo de audição e decisão, dentro da respectiva estrutura complexa de liderança. Os sistemas de informação são a infraestrutura crucial para uma esperada e desejada reformulação de todo o sistema de saúde em Portugal - por isso mesmo, parece valer a pena dedicar o tempo necessário a ouvir o maior número possível dos seus operadores, tenham eles a importância que tiverem, estejam eles onde estiverem ou façam eles o que fizerem. A metodologia da representatividade concedida num processo estruturante com uma componente cultural tão forte dentro das diversas organizações, como este é, não trará, seguramente, bons resultados. As normalizações a definir e as consequentes arquitecturas funcional e aplicacional a impor exigem o que se poderia chamar de uma gestão de proximidade a este projecto, com total abertura a análises cada vez mais finas em conceito que nem sempre é compreendido: se fosse fácil matricular processos de melhoria na satisfação dos utentes e na produtividade e economicidade dos factores ou na eficiência das organizações, os fornecedores das soluções em TI já estariam, seguramente, no topo das empresas mundiais mais ricas.

(●) Ao limitar fortemente as produções individuais estamos a condicionar, em medida equivalente, o desempenho de excelência à sua dimensão máxima possível, criando razões de ineficácia e improdutividade. Só por isso se justificaria uma acção urgente e séria sobre o reordenamento da oferta consolidada dos cuidados de saúde, que só em 2011 parece começar a ser visto como um dos factores nucleares na sustentabilidade e regeneração do SNS;

●) Estamos, assim, perante uma perigosa dificuldade identificar com clareza, e por exemplo, as áreas estratégicas e de risco face à execução dos contratos-programa, integrando as perspectivas económico-financeiras e assistenciais (qualidade e equidade), persistindo a falta de produção de informação fiável, indispensável ao desempenho independente de avaliação objectiva que acrescenta à ineficiência da (quase inexistente) função de auditoria interna.

(●) O TdC recomendou em diversas circunstâncias e por vários meios a aprovação de normas de consolidação de contas do sector da saúde, como factor de transparência na relevação da situação económico-financeira e patrimonial do SNS, nomeadamente no que respeita à implementação de sistemas de custeio (cuja fiabilidade de dados foi sempre contestada), bem como a obrigação de reporte e divulgação dos custos de produção hospitalar, com base numa harmonização de indicadores, o que exigirá naturalmente o desenvolvimento do conceito de *“tableau de bord”*;

(●) O não reconhecimento objectivo da falta de autonomia decisional dos conselhos de administração leva a que ainda se mantenha a dúvida permanente a esse respeito: o défice da gestão dos hospitais deve-se à falta de capacidade de autonomia de decisão ou, ao contrário, é a forma habitual de cobrir eventuais incapacidades da própria gestão hospitalar?

A dúvida tem razão de ser: de facto, cerca de 2/3 dos conselhos de administração do universo dos hospitais EPE assumiram que o seu grau de autonomia é ajustado às exigências de uma gestão eficiente e eficaz da unidade de saúde.

(●) O TdC recomenda a promoção de modelos adequados e flexíveis de gestão de recursos humanos de forma a permitir rentabilizá-los e evitar rupturas no funcionamento dos serviços. No caso concreto dos médicos (e antes da intervenção da Troika), recomendava-se já a reorganização da respectiva actividade médica através de (a) realização de mais horas nas urgências dentro do trabalho normal, como forma de substituir horas extraordinárias ou de prestação de serviços (b) elaboração de plano de acção devidamente quantificado, no sentido de ajustar a oferta à procura de profissionais médicos, no curto, médio e no longo prazos e, finalmente, (c) fixação de preços/hora para a contratação externa de serviços médicos, por forma a reflectirem a efectiva escassez relativa dos recursos disponíveis.

(●) Como medida que veio posteriormente a ser adoptada, promover a realização de avaliações de modelos de gestão e/ou de organização das urgências hospitalares, por especialidades médicas e cirúrgicas, em cada região de saúde, de forma a conseguir uma adequada complementaridade entre elas e, consequentemente, uma “*optimização*” dos respectivos recursos.

2.7. Deixou-se para o fim desta resenha de opiniões e factos considerados como relevantes um pequeno trabalho de compilação noticiosa dos últimos três anos que procura dar conta do crescimento vertiginoso e incontrolado do endividamento no SNS:

Novembro 2008 / Público

O SNS teve um buraco financeiro de 330 milhões de euros em 2007. Além do deficit, os hospitais do SNS deviam em Setembro 740 milhões de euros às farmacêuticas e os EPE deviam mais 353 milhões a empresas do sector.

Há um ano, no âmbito da discussão do OGE para 2008, o MS fazia previsões bem diferentes, estimando chegar ao final de 2007 com um deficit acumulado de 176 milhões de euros. Numa nota enviada ao PÚBLICO pelo gabinete da Ministra da Saúde afirma-se que *“não se pode falar em derrapagem uma vez que é perfeitamente normal haver uma diferença entre a previsão e o valor final”*

Novembro 2008 / Diário Económico

Os gastos com participações em medicamentos no ano 2008, até Novembro, aumentando 5% face ao período homólogo de 2007 quando o limite previsto no OGE era de 3,9%. O Secretário de Estado da Saúde afirmou que *“ o valor continua acima dos objectivos mas desde Setembro que a trajectória é descendente, o que é positivo e, por isso, a ameaça de derrapagem está claramente controlada”*.

Novembro 2008 / Jornal de Notícias

Os hospitais do SNS devem, em conjunto e em Setembro de 2008, 740 milhões de euros à indústria farmacêutica, sendo a dívida vencida de aproximadamente 500 milhões de euros. Segundo o secretário estado adjunto e da saúde, Francisco Ramos, as dívidas ascendem a mil milhões e as disponibilidades dos hospitais (em capitais próprios) que servirão para a constituição do fundo que vai cobrir aquelas despesas é de cerca 850 milhões euros.

Novembro 2008 / SOL

O SNS fechou 2007 com um buraco acumulado de, pelo menos, 330,1 milhões de euros, correspondente a um agravamento de 154,1 milhões de euros (87,5%) face ao inicialmente previsto. O ministro Correia Campos previa um lucro consolidado do SNS naquele ano de 10 milhões de euros. Os dados a que a LUSA agora teve acesso indicam que o SNS fechou 2007 com um prejuízo de 51,2 milhões de euros.

Dezembro 2008 / Público

As dívidas vencidas do SNS, na ordem dos 908 milhões de euros, deverão estar pagas até ao final do mês com utilização do fundo constituído para o efeito há dois anos e não utilizado (200 milhões de euros) mais um reforço de 600 milhões de euros através da mobilização do capital estatutário dos Hospitais EPE.

Janeiro 2009 / Jornal de Notícias

A Ministra da Saúde sustenta que o principal problema do sector é “*organizacional*”, uma doença cujas causas estão nos administradores e directores de serviço hospitalares. Como cura para esta maleita, Ana Jorge recomenda criatividade mas avisa que não basta mudar os nomes aos hospitais. Um dos grandes problemas da saúde em Portugal é organizacional, disse numa entrevista à Lusa a propósito dos seus 365 dias à frente do MS. Na área hospitalar tem falhado muito o envolvimento das administrações e dos directores de serviço ... que são os grandes responsáveis pelo funcionamento do serviço hospitalar e por envolver os seus problemas. Para Ana Jorge existem alguns hospitais EPE com profissionais mobilizados e outros que se esqueceram que precisam dos profissionais de saúde. Assim não dá, pois só muda o nome.

Fevereiro 2009 / Correio da Manhã

Apesar das intenções do governo de reduzir as despesas, o SNS gastou mais 257,9 milhões de euros em 2008 comparativamente com 2007 (mais 3,2%). A comparticipação com remédios vendidos nas farmácias aumentou 60,1 milhões de euros e as despesas com MCDT subiu 71,2 milhões de euros

Setembro 2009 / SOL

Os gastos com medicamentos nos hospitais EPE subiram 7,7% no 1º semestre deste ano para 441 milhões de euros, agravando o prejuízo em 22,6%.

Setembro 2009 / Jornal de Notícias

Os hospitais do SNS devem 520,6 milhões de euros aos fornecedores, tendo subido 20% desde Janeiro. O inicio deste aumento coincide com a altura em que o governo, ao abrigo de um programa especificamente desenhado para reduzir as dividas do Estado, injectou 940 milhões de euros nos hospitais.

Outubro 2009 / Jornal de Notícias

O Estado gastou mais 47 milhões de euros (4,4%) do previsto no OGE em comparticipações. Uma fonte do ministério contactada pelo JN atribuiu o crescimento da despesa ao aumento da produtividade (*sic*).

Outubro 2009 / Diário Económico

Os hospitais empresa devem em stock de crédito contraído junto do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS 735 milhões de euros no segundo trimestre de 2009, para pagar dívidas a fornecedores. Este valor compara com 997 milhões de euros registados no mesmo trimestre do ano passado.

Dezembro 2009 / SOL

Os maus resultados económicos e financeiros em alguns dos principais hospitais públicos podem fazer rolar cabeças nos respectivos conselhos de administração. Até Outubro, a dívida dos hospitais à indústria farmacêutica tinha atingido os 596,1 milhões de euros, com um crescimento de 36,9%.

Abril 2010 /Jornal de Notícias

Prejuízos dos hospitais dispararam 40%. Resultados líquidos negativos de 295 milhões de euros em 2009. Apenas 13 em 40 apresentam contas positivas

Maio 2010 / Público

A dívida dos hospitais à indústria farmacêutica subiu 13,6% no 1º trimestre de 2010. Entre Abril do ano passado e Março deste ano a dívida subiu 57,2% passando de 472 milhões de euros para 742 milhões de euros. A dívida vencida ultrapassa os 460 milhões de euros, tendo subido 115% face aos últimos doze meses

Maio 2010 / SOL

A situação financeira do SNS está descontrolada. Os indicadores do 1º trimestre revelam que a despesa está a crescer em todos os sectores da saúde, mantendo a tendência de agravamento que já vinha de 2009. As dívidas dos hospitais públicos às farmacêuticas aumentaram 13,6%

Junho 2011 / Diário de Notícias

A saúde tem dividas consolidadas de mais de 2,7 mil milhões de euros, dos quais 1,625 milhões de euros dos hospitais e 1,1 milhões de euros das administrações regionais de saúde

Para melhor se compreender a extensão do problema exposto, há que referir mais os seguintes aspectos complementares de apreciação:

- (●) Perto do final do ano civil de 2004, a Assembleia da Republica aprovou um orçamento rectificativo, cujo objectivo era saldar as dívidas dos hospitais aos seus fornecedores;
- (●) Em Dezembro de 2008 e com recurso a uma *tecnalidade criativa* (que consistiu na afectação do capital social das hospitais a um fundo comum já existente), liquidou-se aos fornecedores perto de 1.0 mio euros de dívidas;
- (●) Face a este procedimento e em puro diagnóstico financeiro, os hospitais não ficaram com um único cêntimo em Capitais Próprios para afectar à garantia ao seu próprio Passivo;
- (●) Apesar de reduzidas a valores marginais em inícios de 2009, nove meses depois, as dívidas acumuladas já eram de mais de 500 milhões de euros.

E tudo para se chegar a meados de 2011 com o endividamento em 2,7 mio euros! Epidemias ocultas encheram os hospitais em quatro anos? A população envelheceu exponencialmente no mesmo período e requer mais e melhores cuidados? Os custos unitários com medicamentos, encargos com o pessoal e outros fornecimentos e serviços de terceiros cresceram por razões exógenas aos próprios hospitais?

Difícilmente se poderá esquecer aquele exemplo do hospital distrital que nos últimos sete meses antes da sua passagem à gestão privada subiu todos os lugares no ranking do endividamento hospitalar, ultrapassando até os hospitais de referência, sem que haja notícia de qualquer medida disciplinar aplicada aos respectivos gestores.

E foi esse o objectivo maior do inventário e transcrição feitos - tentar demonstrar que, apesar dos diagnósticos realizados e os caminhos propostos, no fim do dia são sempre as medidas circunstanciais que prevalecem; as opções de quase mera cosmética que se impõem ou as decisões de conteúdo eminentemente carreirista que se escolhem.

Sem se pretender desvalorizar os factores económicos exógenos que condicionam estruturalmente o funcionamento e agravamento de custo da saúde em Portugal (como, de resto, em todo o mundo ocidental) este é um caso flagrante na administração pública em que a gordura e a incompetência do Estado a gerir tem de ser urgentemente corrigida – pela prova dos factos mais recentes, parece que só a partir da imposição e intervenção externas.

Estes exemplos parecem deitar por terra aquela já antiga querela do “*gastar muito ou gastar mal*” na saúde e de cujo ganho de causa e resposta parece decorrer a sempre ansiada solução milagrosa para o sector. Gastar bem ou mal não é exactamente o mesmo de gastar muito ou pouco, até porque decorrem de perspectivas radicalmente diferentes nas respectivas metodologias de aferição: de análise custo - benefício do projecto ou do conteúdo financeiro da respectiva gestão a prazo do retorno. Em economia e no geral, não existe gastar muito ou pouco. O custo económico suportado analisa-se e mede-se em função da satisfação produzida pela necessidade coberta. Na gestão financeira, entretanto, não existe gastar bem ou mal mas sim a avaliação da dimensão da despesa em função dos meios financeiros requeridos e dos prazos previstos para o respectivo retorno. Custo versus despesa - mal versus muito.

Se na saúde se gasta mal, o problema está, portanto, nas opções de política económica diariamente realizadas e que são da responsabilidade exclusiva dos respectivos responsáveis decisores. Se na saúde se gasta muito, então o problema é predominantemente originado na sua gestão a todos os níveis, pela notória desarticulação entre os meios financeiros afectos e o desempenho das estruturas que se obtém em retorno.

Na saúde não só não aplica a cadeia de valor de Porter - o valor gerado e a sua gestão corrente estão sustentados no estilo de liderança (criatividade e inovação organizacionais e de gestão, focalização nas exigências do doente e avaliação qualitativa permanente das opções de decisão) e na respectiva dinâmica humana (espírito de equipa, encorajamento à mudança e sentido de comparticipação no sucesso obtido), no sentido de

(●) Precisarmos de aprofundar quase diariamente o que devemos saber sobre coberturas e afectações para atalhar às doenças e aos doentes, em termos de recursos humanos e investimentos.

(●) Precisarmos de ter opções claras, decisões maturadas, participações asseguradas para o que se julgam ser as melhores soluções.

(●) E precisarmos, finalmente, de acreditar e confiar no espírito de responsabilidade e competência dos profissionais da saúde, delegando efectivo poder e competências.

A gestão financeira no SNS é um parceiro paupérrimo da gestão em geral - ninguém a quer assumir e todos anseiam manipulá-la, esquecendo as suas regras, sonhando as suas práticas e só segredando os seus maus resultados. Se a liderança merece ser devolvida aos profissionais de saúde como passo primeiro da regeneração do sistema, a gestão financeira tem de ser assumida como a área delegável aos também seus próprios profissionais – experientes, competentes, autónomos e com uma visão própria de contributo inestimável para o projecto comum. Menorizar a gestão e os gestores financeiros é fazer deles o que eles nunca foram – veículos de uma ciência oculta para iniciados.

O que decorre destes exemplos é paradigmático do problema de fundo na saúde em Portugal. Em primeiro lugar, as suas organizações passam ao largo dos objectivos que lhe são fixados, dando a entender que em nada e para nada são chamadas a conceituá-los. Pior ainda, a fixação de objectivos na saúde nem sequer leva em conta a existência do “terceiro-vizinho” (ou concorrente, público ou privado) que naturalmente devia determinar e condicionar as produções próprias e performance.

O que determina a fixação de objectivos ditos-regionais na saúde não pode ser a inexistente homogeneidade dos segmentos de mercado – dito de outro modo, a cidade-jovem Braga não pode ser incluída nos mesmos pressupostos estruturais da cidade-velha de Bragança; a “voz” e a capacidade multiescolha do potencial utente do litoral não são comparáveis com a quase total rarefacção de oferta no interior do país.

Mas não haverá alternativas gestionárias já testadas ou com indícios de sucesso favorável que se possam reproduzir ou copiar? E aí está o exemplo das USF's. É este o mais letal perigo que correm os ainda casos de sucesso na saúde - a burocracia, o controleirismo, a permanente e eficaz apetência para desmotivar competências que mereciam ser acarinhadas e incentivadas, eis alguns factores estruturantes da actual conjuntura. E é pela e na conjuntura que as questões da saúde em Portugal têm vindo a ser geridas e programadas.

Como foi possível que, em quatro anos, o endividamento e os deficits crescessem da forma como foi apresentada? Pela razão simples de que, na mesma medida que o accionista e tutela navegam à vista na gestão consolidada sectorial, o exemplo é replicado aos restantes níveis das hierarquias de decisão dentro do sector ao que acresce como um dos mais relevantes factores de instabilidade a já tradicional inconsistência e atraso na informação circulada, condicionando as grandes decisões em tempo e eficácia.

Nada melhor do que, uma vez mais, socorrermo-nos da prática e da pequena história. A Ministra da Saúde pelo despacho 11960/2008 determinou a constituição de uma comissão destinada a propor o reordenamento hospitalar da área metropolitana do Porto. Como é habitual, o trabalho foi minucioso, distribuído por vários volumes e meses de execução, para poder responder aos objectivos fixados pela tutela:

- (●) Identificação e avaliação das necessidades de cuidados de saúde hospitalares, priorizando os respectivos investimentos e alencando os que sejam eventualmente necessários;
- (●) Diagnóstico da oferta hospitalar existente e da sua adequação, tanto em termos quantitativos, como em termos do perfil de produção/especialização de cada instituição e da sua inserção na rede hospitalar global, bem como com as redes de cuidados de saúde primários e continuados;

- (●) Desenvolvimento de estudos relativos à racionalização da oferta hospitalar existente, nos casos em que ela se revele quantitativa ou qualitativamente desajustada das necessidades;

- (●) Apresentação de um plano coerente da estratégia de desenvolvimento hospitalar na dupla vertente dos investimentos a realizar em novas instituições e das medidas a desenvolver tendentes à adequação das instituições e rede já existentes, identificando e calendarizando as medidas e acções a desenvolver no curto e no médio prazo, aos vários níveis.

O bom senso e a prática corrente neste tipo de levantamentos determinariam a paragem ou, pelo menos, o reescalamento de todos os investimentos em curso na região, sem o que se esvaziaria de qualquer interesse as conclusões a tirar. Aconteceu exactamente o contrário: aquela orientação ocasionou o multiplicar das intenções de investimento em infraestruturas hospitalares, orçadas em perto de 500 milhões de euros.

Um outro exemplo: foi o próprio Ministério da Saúde que promoveu por todo o País o fecho de maternidades sob o argumento técnico da respectiva inviabilidade económica ao não atingirem o umbral dos 2 500 partos. Ao fim de vinte e cinco anos de deambulações e hesitações várias, a construção do CMIN (Centro Materno Infantil do Norte) foi entregue ao Centro Hospitalar do Porto quando, no exacto momento da implantação da respectiva primeira pedra já existiam ou estava prevista a construção de mais quatro mega-instalações (três privadas e uma pública) para dar resposta aos problemas da Mulher e da Criança na área metropolitana do Porto!

Como súmula de um compromisso indispensável, há que

- (●) Assumir que, afinal, os diagnósticos estão longe de estar todos feitos;
- (●) Aceitar que vale a pena distinguir, na intervenção dos diferentes *players*, entre o que é a economia da saúde e a gestão em saúde;
- (●) Envolver, coresponsabilizar e mobilizar as diferentes hierarquias organizacionais para o exercício efectivo e assumido da liderança na respectiva gestão,

Os médicos revoltaram-se contra o facto tradicional de só alguns merecerem o velho título de especialistas; daqui terem decidido atribuírem-se e na generalidade, o qualificativo de diferenciados - hoje e portanto, as novas gerações, se não chega, por opção assumida do doente, a verdadeiros especialistas, pelo menos já não são indiferenciados, num conceito obtuso que parece (mas não é) derivado da sua aceção gestonária e estratégica.

Entretanto, o que se pede ao médico, nestes tempos, é o sacrifício reconhecido de um acréscimo de trabalho e responsabilização para, com os restantes corpos profissionais, salvarem a gestão do SNS. Mas isso só será possível se houver também uma reconversão profunda da cultura prevalecente no exercício clínico, no sentido de não ser aceitável gerir, em nenhuma circunstância, sob axiomas errados. E há três axiomas que os médicos têm de publicar e corajosamente assumir:

- (●) Em primeiro lugar, os médicos não são - porque não podem ser! - igualmente diferenciados;
- (●) Em segundo lugar e por causa disso, só alguns merecerão a aproximação à prestação de um serviço de excelência;
- (●) Finalmente e como conclusão, não é possível criar padrões de avaliação, procurando aplicar exactamente os mesmos critérios a diferentes níveis de desempenhos.

É o doente que o diz e pensa – aquele doente que, de facto, não é nem nunca foi o mesmo para todos os médicos, apesar da aparência formal (2.07).

(2.07) Uma vez mais, socorremo-nos da experiência pessoal na formação em gestão em saúde. Tivemos sucessivas discussões e contraditas com formandos sobre este tema, no sentido de que mesmo no mesmo serviço ou especialidade, o doente não é, de facto, o mesmo no internamento, na urgência ou na consulta externa. Comprovámos o acerto da mensagem na edição em que um dos médicos de referência presentes aceitou, liminarmente e sem discussão, o ponto-de-vista - desconfiados da facilidade, inquirimos o porquê. A resposta veio com uma gargalhada - um seu interno tinha vindo a uma edição anterior e chegou ao serviço a replicar a afirmação. Fizeram uma reunião de propósito para debater o tema e chegaram à conclusão que a aceitação do pressuposto os poderia ajudar no desenvolvimento do processo de relacionamento com o doente, em particular no que respeita à gestão dos recursos humanos.

A diferenciação médica, a existir, deve suportar-se na avaliação de desempenho - muito mais das organizações a todos os níveis do SNS do que dos profissionais a título individual - pela razão simples de as notórias vantagens competitivas não serem da saúde em si mas sim das diferentes terapêuticas, tecnologias e segmentos de doentes geridos.

É também aqui, portanto, que se localiza um dos pontos cruciais da busca de sustentabilidade e reordenamento do SNS: a coragem política e gestionária de enfrentar o problema da oferta dos serviços (2.08). Na verdade, num dos últimos consulados governamentais criou-se a ideia de que se estaria a trabalhar sobre a oferta – fechando maternidades, centros de saúde ou urgências que não teriam razão de existência técnica e económica. Ora, as referidas decisões pouco tiveram que ver com a reestruturação da oferta mas sim com o objectivo de diminuir a fortiori os custos globais de funcionamento do sistema, o que não é a mesma coisa.

A saúde será, eventualmente, o exemplo mais típico de procura induzida – daqui que, portanto, enquanto não houver vontade e poder efectivos para tornar mais eficientes os recursos disponíveis - nomeadamente os humanos e técnicos – nada se obterá de concreto e sustentado nos resultados obtidos.

(2.08) Um relatório de um grupo de trabalho nomeado pelo governo regista que quatro especialidades médicas já estão maioritariamente privatizadas, recomendando a extinção ou fim do financiamento pelo Estado dos subsistemas públicos de saúde: 1ª MEDICINA DENTÁRIA (quase não existe nos serviços públicos. 92% das consultas são privadas); 2ª GINECOLOGIA (67% das consultas são privadas); 3ª OFTALMOLOGIA (na ordem dos 67% são privadas); 4ª CARDIOLOGIA (54% são privadas); 5ª ORTOPEDIA (45,5% são privadas). DE facto, o problema do reacondicionamento / reestruturação da oferta pública passa sempre por saber quanto se gasta em financiar serviços comparativamente menos eficientes, mais caros, tecnicamente menos inovadores e comercialmente desatentos. E aqui, à lista oficial apresentada, valeria a pena avaliar a anatomia patológica, a fisioterapia, medicina física e de reabilitação, nutrição, etc.

São múltiplos e públicos os exemplos do que se acaba de referir – duplicação de investimentos com ocupação subdimensionada entre hospitais próximos, só porque respondem a uma tradição corporativa ou ostentação técnica ultrapassadas; manutenção da prestação de cuidados a custo proibitivo quando o *outsourcing* traria economias inquestionáveis à exploração; sobredimensionamento de recursos em termos de áreas, equipamentos, logística, etc., derivado em muitas circunstâncias da falta de planeamento e sensibilidade aos reflexos em termos de custeio e, por fim e nunca menos importante, a ausência de um efectivo *empowerment* que combine e exija as competências técnicas indispensáveis ao exercício da excelência no desempenho, nomeadamente no que se refere à liderança dos serviços e unidades nucleares aos diferentes níveis das organizações da saúde.

Quando se atingir o consenso suficientemente alargado relativo a alguns factos de inquestionável importância para o sucesso de qualquer processo de regeneração do sistema de saúde em Portugal, só então se pensa estar no caminho certo para o atingirmos e realizarmos:

- (1) Nenhum processo tem sucesso sem a efectiva participação e corresponsabilização dos profissionais de saúde. De facto, por muito difícil que isso seja ou demore, não há alternativa gestonária ao facto de ele ter de ser feito por dentro, com os de dentro e para os de dentro do sistema;
- (2) Já está suficientemente testado que o envolvimento pretendido numa política *up-bottom* não tem sucesso sustentado e só vigora enquanto os seus destinatários souberem retirar os dividendos gerados pelas fidelidades ocasionais criadas (2.09);

(2.09) Um dos exemplos mais elucidativos da condução deficiente de um processo em termos de *up-bottom* foi o processo generalizado de acreditação hospitalar, em que gastaram imensos recursos financeiros na contratação de consultores estrangeiros nem sempre com o equivalente retorno em termos de resultado final. E a razão foi simples e linear: a imposição e condução do processo perante a estrutura não a motivou nem a fez comparticipar nos termos e extensão desejáveis.

- (3) Daqui que uma efectiva politica *bottom-up* nos diversos tipos de organizações de saúde também imponha substanciais mudança de identidade corporativa e cultura organizacional, nomeadamente no que concerne à generalização da diferenciação dos seus profissionais, igualização nas metodologias de aferição de competência de gestão e na retribuição (não exclusivamente financeira) em função do desempenho em excelência.

Estes são os princípios basilares que sustentam a presente Dissertação - não porque os tenhamos “*inventado*” ou “*migrado*” de experiências alheias de eventual sucesso mas sim porque sentimos que esta utopia, como alguém lhe chamou, podia ser uma resposta credível a um problema serio e da responsabilidade de todos.

3.

GESTÃO TRADICIONAL BUROCRÁTICA em SAÚDE

Das Falácias à Voz do Doente

3.1. O sistema de saúde europeu suporta-se em princípios geralmente aceites

(3.01)

- (●) Universalidade na cobertura dos serviços prestados
- (●) Equidade no acesso (não no sentido da igualdade mas atendendo prioritariamente às necessidades das situações notoriamente mais carenciadas)
- (●) Solidariedade de financiamento por suportado na angariação directa e/ou indirecta de meios através da capacidade e rendimento dos utentes
- (●) Responsabilidade assumida na gestão dos recursos e no serviço prestado
- (●) Coincidência mais ou menos abrangente no Estado das várias funções atribuídas – accionista, regulador, financiador e prestador de serviços
- (●) Contratualização e afectação de recursos com base num qualquer arremedo de conceito de mercado, definido a partir do número de doentes a tratar

Só que estes pressupostos se encontram em crise por causa de diversos factores endógenos e exógenos cuja evolução condiciona a sustentabilidade dos sistemas pela pressão que exercem sobre a tendência de crescimento assinalável da despesa

- (●) Envelhecimento significativo da população
- (●) Desenvolvimento da inovação tecnológica em todos os campos da medicina
- (●) Disseminação e diferenciação da oferta

(3.01) “LIDERANÇA e GESTÃO do RISCO no CORPORATE GOVERNANCE” - Carla Gonçalves Pereira

- (●) Crescimento das expectativas dos utentes com o consequente aumento dos níveis de exigência na qualidade dos serviços prestados
- (●) Níveis de exigência na qualidade dos serviços prestados

Os dados são públicos e de divulgação generalizada mas vale a pena recordar os mais significativos com suporte no relatório da WHO - 2010

- (a) A média global das despesas com saúde em percentagem do PIB é de 8,7% embora sejam eloquentes as disparidades da sua distribuição: 5,3% nos países de menor rendimento contra 11,2% nos países de elevado rendimento, o que se traduz numa diferença abissal quando visto em termos de despesa per capita: a média global é de \$ 863 variando entre \$ 67 para os países de mais baixo rendimento e \$ 4 405 para os países desenvolvidos – com o máximo nos USA, com \$ 7 285;
- (b) A média global da contribuição do Estado para as despesas em saúde é de 59,6 %, correspondente a 15,4% do total dos respectivos orçamentos, sendo a respectiva distribuição também significativa: 41,9% nos países mais subdesenvolvidos (correspondente a 15,45% do total das despesas) contra 61,3% e 17,6 % nos países mais desenvolvidos. O caso dos USA é errático : é dos que tem menor percentagem de comparticipação do Estado (juntamente com a Índia e China) - 45,5% - mas tem a mais elevada comparticipação das despesas de saúde (19,5%) no respectivo orçamento nacional.
- (c) Como é óbvio, há uma expressiva correlação entre aqueles valores e as expectativas de vida regional, em que os países com despesa per capital na saúde até \$ 2 000 (uma grande maioria dos casos considerados) não ultrapassam os 65 / 70 anos de vida à nascença, enquanto a minoria correspondente ao intervalo entre \$ 3 000 e \$ 8 000 se situa acima dos 70 anos.

Para se ter uma ideia do peso da saúde na economia global, bastará uma rápida análise ao conjunto dos seus recursos humanos como sendo *“all people engaged in actions with the primary intent of enhancing health, including family caregivers, patient- provider partners, part-time workers, volunteers and community workers”* (3.02) de acordo com o qual a densidade por 1000 habitantes do total da força de trabalho na saúde varia entre 2.3 em África até 18.9 e 24.8 na Europa e Américas, respectivamente, sendo a média mundial de 9.3. O curioso da situação é que a mão-obra directa (recursos humanos especializados aplicados nos cuidados de saúde) são 83% em África contra 69% e 57% na Europa e Américas, sendo a média mundial de 67% - objectivamente, portanto, à medida em que aumenta a densidade e consequentemente a potencial qualidade dos cuidados de saúde maior é a comparticipação global dos recursos humanos indirectos, como as funções de gestão, logística e de suporte.

Em contraponto desta análise e para se ter uma ideia da evolução tecnológica global ocorrida na saúde poder-se-á referir o que se julga ser o seu indicador mais significativo: em trinta anos (de 1977 até 2005 – REUMA / 2010), a estadia média dos doentes internados baixou de quarenta e cinco dias para cinco dias.

Quanto à pressão ocorrida e a vir a ocorrer do envelhecimento da população (3.03) a conclusão é esperada: a população mundial com mais de 65 anos passará de 5% (1955) para exactamente o dobro - 10% (2025), sendo que nos países desenvolvidos essa percentagem atingirá os 20% ou mais que decorre de a expectativa de vida à nascença acima dos 65 anos ter sido de 32% em 1955 para 96% em 2025.

(3.02) WHO – The World Health Report – 2006

(3.03) World Health Report 1998 – *Life in the 21st Century – A Vision for All*

Em 2006, a OCDE enunciou dois cenários para a evolução dos cuidados continuados até 2050, que se distinguem um do outro pela intervenção (activa ou não) do poder político na contenção dos custos a ocorrer. No primeiro cenário da não intervenção, as despesas em saúde e nos cuidados continuados nos países da OCDE quase duplicam, passando de cerca de 7% em 2005 para cerca de 13% em 2050. No cenário de contenção de custos, as despesas atingiriam aproximadamente 10% do PIB, em 2050. No caso português, as despesas dos cuidados de saúde e continuados cresceriam de 6,9% para 13,%, no cenário de pressão de custos, ou para 10,4%, no cenário de contenção.

Entretanto, é também a *WHO – Report 2008* que explicita a comparação de dados mais intrigante e de muito difícil explicação objectiva e técnica – a percentagem de população que considera a saúde como a sua maior preocupação, mesmo por encima dos problemas financeiros, habitação ou crime. De facto e numa abordagem superficial, não é possível avançar com qualquer análise sustentada já que os valores encontrados – nomeadamente na sua correlação com o rendimento – são muito díspares. Estamos, assim, perante um problema global de sustentabilidade dos sistemas de saúde, o que leva à busca de soluções fiáveis, exequíveis e urgentes para o seu equilíbrio - no limite do realizável, sem por em causa os princípios fundadores que justificaram a respectiva criação - e que passará, antes de tudo, pela redefinição dos papéis que o Estado se assumiu no seu financiamento, regulação e prestação de serviços.

De acordo com a Comissão para a Sustentabilidade do SNS, em Portugal gastou-se em saúde e em percentagem do PIB 5,6% em 1980 e 10% em 2004, o que ultrapassa a média da UE15 (9%) e da OCDE (8,9%). Entretanto, visto o problema numa óptica de paridade do poder de compra, gastou-se menos com saúde, *per capita*, em Portugal do que na média da UE15, entre 1980 e 2004.

Num exemplo elucidativo do “ovo-galinha” na gestão financeira e orçamental públicas, merece registo preocupado o modo errático e conjunturalizado como se efectuam as transferências orçamentais, traduzidas na tradição da crónica “*sub-orçamentação*”.

A “*sub-orçamentação*” traduz-se no facto de o orçamento inicialmente definido para um determinado exercício ser claramente insuficiente para fazer face às despesas esperadas. Como consequências disso, temos o crescimento exponencial do endividamento e a aprovação posterior de orçamentos rectificativos para a regularização das dívidas. Isto nunca deveria acontecer ou, a acontecer, deveria corresponder à responsabilização cível e penal dos gestores que autorizam despesas não cabimentadas. Só que a alternativa seria a cessação dos fornecimentos e a paralisação instantânea da actividade das organizações hospitalares. Daqui se ter criado o subterfúgio operacional de cada aprovação de despesa não cabimentada (que pode mesmo começar a acontecer em Março ou Abril do exercício em causa) ter suporte numa formal decisão dos conselhos de administração determinada pela urgência do provimento e da inadmissibilidade prática das alternativas possíveis. E assim também se contribui para se gerarem deficits – com dois problemas graves acrescidos:

Em primeiro lugar, é impossível ter uma ideia discriminada e serena, em tais situações de emergência, das despesas realmente urgentes (em termos de adjudicatário, preço, quantidades, prazos de recebimento) – o mais fácil é considerá-las todas, com o resultado de, assim, também se contribuir para um aumento nem sempre justificável em termos de racionalidade de decisão. Em segundo lugar, se a propensão ao consumo tende a refrear as afectações (na esperança sempre vã que “*menos dinheiro*” condiciona expectativas ou menos gastos), também a fixação arbitrária e sempre em último recurso e tempo de transferências condicionada de forma brutal a melhor e mais cuidada gestão financeira dos recursos afectos.

Entretanto, o funcionamento da saúde no contexto do seu próprio conteúdo económico e gestionário tem características ímpares e algumas mesmo irrepetíveis:

- (●) Forte componente do juízo valor sobre as componentes do seu funcionamento, ultrapassando os níveis correntes da racionalidade da decisão (3.04);
- (●) Presença constante da Incerteza que pouco tem a ver com a de qualquer outra actividade económica. Na saúde, os conceitos de qualidade, defeito e desperdício no produto e a variabilidade nos processos em desempenho operacional são únicos pela razão simples de lidarem com o doente e a doença;
- (●) A assimetria da Informação é um dos temas mais estudados, em primeiro lugar, porque funciona “*contra*” o doente. Em segundo lugar, a assimetria da informação em saúde está relacionada com a procura induzida e, portanto, com os condicionalismos da própria rendibilidade da exploração;
- (●) A existência de externalidades que ultrapassam o próprio conceito do *stakeholder*. Estas externalidades decorrem quer da apetência política que a gestão em saúde contém (3.05) quer da acção de fortes interesses corporativos.

(3.04) Uma das consequências é a opacidade do sistema ”...*No sector da saúde persiste uma grande tendência para a opacidade. É muito difícil comparar desempenhos pela simples razão do desconhecimento dos principais indicadores, quer ao nível económico e financeiro quer ao nível assistencial de qualidade clínica. Poucas vezes ouvimos falar de competição e até concorrência entre hospitais de gestão pública e privada porque tal constituiria um incentivo poderoso à eficiência...*” - Adalberto Campos Fernandes – Noticias Magazine – 08.05.2011

(3.05) Woody Allen sintetizou em duas respostas as diferenças entre a Europa e os USA na abordagem ao processo de negociação dos “produtos colectivos” (entrevista “Expresso” – 10.09.2011) como o caso da saúde: “ - *Tem trabalhado muito na Europa, nestas últimas décadas... São as cidades que me convidam. Eles fazem-me a proposta e ocupam-se da montagem financeira do filme. Depois, sim, começo a pensar se posso fazer um filme ali...* - O seu tipo de cinema é complicado de fazer nos USA mesmo para alguém com o seu estatuto? - *Na América acho que não tenho estatuto... É impossível obter financiamento sem ter um argumento terminado e um elenco confirmado. Na Europa é muito mais fácil porque não há indústria nem sistema de estúdios. Há quem pague (na maioria das vezes, é o Estado) e quem fique muito feliz em fazê-lo. Eu realizo, eles pagam. É o paraíso*”. Só eventualmente faltou acrescentar “... e, ainda por cima, os deficits, depois de tudo, também são vossos e não meus”.

3.2. É quase unânime conceder-se a paternidade do conceito de economia da saúde a um célebre artigo de Kenneth J. Arrow, professor de economia em Stanford, no *The American Economic Review*, em Dezembro de 1963 e sob o título “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”. Reportando-se directamente à saúde, Arrow defende que “...when there is uncertainty, information or knowledge becomes a commodity. Like other commodities, it has a cost of production and a cost of transmission and so it is naturally not spread out over the entire population but concentrated among those who can profit most from it ... information, in the form of skilled care, is precisely what is being bought from most physicians and indeed from most professionals. The elusive character of information as a commodity suggests that it departs considerably from the usual marketability assumptions about commodities...”, o que leva a sustentar que, transformada a informação na saúde numa nova *commodity*, disponível exclusivamente para / pelos médicos – no fundo, os que podem suportar o correspondente custo de produção e transmissão porque também só eles podem tirar proveito da respectiva gestão.

Mas o que é, afinal, o sistema de saúde? (3.06) Arrow utilizou o seu sentido mais restrito pelo conjunto complexo de serviços centrados no médico, na prática pública e privada, nos hospitais e saúde pública. Entretanto, o World Health Report de 2000 veio dar uma resposta sistematizada, que incluía na definição “*all activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain Health*” ou, explicitando e desenvolvendo o conceito,

(3.06) Em mero apontamento refira-se que é comum a enunciação de três tipos de sistemas de saúde. O primeiro é o modelo de Bismarck suportado numa pura perspectiva imposta pelo Estado de “*socialização*” ou de “*segurança social*” dos cuidados de saúde prestados, suportada em conceitos nucleares – solidariedade e universalidade da cobertura do serviço através da contratualização independente dos respectivos cuidados (seguro social). O modelo de Beveridge foca privilegiadamente a sua acção também na universalidade mas combinada com a equidade e, consequentemente, a gratuitidade na prestação, financiadas pelo orçamento do Estado e que deu origem ao National Health System (NHS). O terceiro modelo é misto e centrado nos países do sul europeu, em que se combinam características dos dois modelos anteriormente definidos.

Todas as organizações, instituições e recursos que estão vocacionados para a produção de intervenções na saúde, a título de cuidados formais (médicos de família, centros de saúde, hospitais, etc) ou informais (por exemplo, os trabalhadores nas instituições de serviço e assistência sociais), assim como as práticas com elas relacionadas fora da área da saúde.

O WHR / 2 000 faz, assim, a distinção entre sistema de saúde e sistema de cuidados de saúde – conceito este menos abrangente e que inclui, por exclusivo, a resposta organizada aos três conhecidos níveis de cuidados de saúde primários, secundários e continuados e, portanto, mais aproximado ao que Arrow chamou de *medical-care industry*. O que efectivamente distingue o sistema de cuidados de saúde, de acordo com o referido relatório, são as suas características basilares de funcionamento.

- (●) Prestação dos cuidados de saúde aos três níveis referidos
- (●) Provisão e gestão dos recursos aplicados de forma a fazer com que o sistema funcione nas melhores condições
- (●) Angariação e alocação dos meios financeiros aos diversos prestadores
- (●) Desempenho do papel regulador e legislador aplicável a todos os *stakeholders* do sistema.

A abordagem ao sistema de saúde também pode ser enunciado através do “*Prevention, treatment and management of illness and the preservation of mental and physical well-being through the services offered by the medical and allied health professions*” (3.07) que, apesar de coincidente no tempo com o World Health Report, parece indiciar já uma perspectiva menos restritiva, em consonância com o que é hoje a opinião prevalecente, ao incluir no conceito as políticas e medidas relacionadas com o reordenamento do estilo de vida em relação aos comportamentos considerados prejudiciais (tabagismo, consumo de drogas, obesidade, práticas de segurança, etc).

Por outro lado, a mesma origem define o sistema de cuidados de saúde como *“complex of facilities, organizations and trained personnel engaged in providing health care within a geographical area”* o que parece ser redutor já que não leva em conta – como o faz o World Health Report – a nuclearidade da estrutura por detrás e de suporte às organizações, que lhes dá a visão e a gestão indispensáveis à coerência do sistema. O NHS, no seu processo de reformulação teórica e orgânica, iniciado em 2006, veio dar uma perspectiva renovada ao conceito de sistema de saúde e, principalmente, dos cuidados de saúde. Na verdade, com o objectivo de propiciar melhores cuidados, maior experiência dos doentes e melhor *“value for money”*, a resposta integrada só poderá vir da combinação de quatro pressupostos nucleares:

- (●) O conceito de excelência de desempenho assumidamente associado ao financiamento privilegiado;
- (●) A participação activa pela “voz” do doente, a todos os níveis da estrutura;
- (●) A assunção da proliferação da oferta com a consequente capacidade de inovação e melhoria do serviço prestado
- (●) O funcionamento integrado na gestão do sistema que garanta a segurança e qualidade do seu próprio funcionamento

Se nos confrontamos, de facto, com a imprevisibilidade e incerteza da doença, o que provoca a instabilidade da procura e a incerteza da eficácia do tratamento - não há stocks de produtos nem o cliente pode *“testar”* o produto antes de o consumir - então o agente-médico exerce uma função *“colectivity-oriented”* que, a par de o distinguir de todos os outros, põe o problema central da alocação correcta dos recursos detidos, no pressuposto de que *“a transferência de poder de compra dos saudáveis para os doentes aumenta naturalmente a procura dos serviços clínicos e, conseqüentemente, o preço dos respectivos serviços”*.

Relacionado com tudo isto está a intervenção da economia da saúde e o papel da gestão em saúde. De facto e para quem seja defensor da clara e nem sempre praticada distinção entre elas, aquelas propostas conceituais ficam aquém do desejável relativamente à questão básica.

Há uma tradição de relacionamento potencialmente conflituoso entre os economistas e os profissionais da saúde, muito devido à conceituação nem sempre coincidente que ambos fazem dos cuidados de saúde - da saúde sem preço e do valor não contabilizável da vida à prevalência do bem comum e à sempre difícil compatibilização entre os recursos limitados a afectar às múltiplas necessidades a satisfazer. Hoje, não é possível, de facto, abordar a saúde e os cuidados de saúde sem levar em conta conceitos como custo-efectividade, eficácia, eficiência e produtividade no funcionamento das organizações de saúde, viabilização económica e financeira dos projectos e dos investimentos em inovação ou a análise cuidada do mercado pelo efectivo condicionamento da oferta dos meios disponíveis (3.08).

Se é verdade que a saúde é hoje vista como integrando de parte inteira o processo de desenvolvimento através da sua função distributiva, também não tem deixado de ser acusada dos custos financeiros altíssimos e em alguns casos inoportáveis que tem ocasionado, nomeadamente quando impõe a equidade no respectivo acesso.

(3.08)“A ‘colonização’ tecnológica da prestação de cuidados de saúde gera a insistência em converter o subjectivo em objectivo e o evento singular em evento seriado. Esta ‘colonização’ resultou na ‘coisificação’ do doente, que é elucidada pela perda de identidade individual imposta pelo ambiente industrial hospitalar. Excepção é a relação próxima entre o doente e o profissional de enfermagem que, para já, tem sobrevivido ‘miraculosamente’ a este fenómeno. Mas até quando? Parece que um doente internado é uma pessoa em pijama que se relaciona com os representantes da organização industrial hospitalar em situação de inferioridade e, por vezes, humilhante resignação. Perante a supressão do espaço de afirmação individual, porque se espantam os gestores em saúde com o crescente clima de conflito mediatizado entre doentes e hospitais? “ - Paulo Kuteev-Moreira - Professor da Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa - Deputy Head of Health Communication Unit, ECDC, União Europeia, Estocolmo

Numa abordagem à economia da saúde, dir-se-ia como sendo a “*aplicação do conhecimento económico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo para a gestão dos serviços de saúde*” ou o “*ramo do conhecimento que tem por objectivo a optimização das acções de saúde, ou seja, o estudo das condições óptimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados*” (3.09). A economia da saúde pretende assim responder às múltiplas questões com que a própria economia política desde sempre se confrontou: recursos produtivos limitados aplicáveis e a distribuir na satisfação de múltiplas e diferenciadas (em urgência, dimensão ou opção política) necessidades sentidas pelos agentes económicos. Daqui que a economia da saúde, ao explorar e investigar conceitos tradicionais, seja hoje um dos ramos nobres da economia política.

Entretanto, a universalidade nos cuidados de saúde – talvez o princípio básico da sua conceituação ao nível europeu - pressupõe sempre, de uma maneira ou outra, o envolvimento directo do Estado, através da sua atribuição legislativa, regulatória, de financiamento directo do sistema e até, em alguns casos, de participação no próprio processo de produção dos serviços e produtos de saúde. A universalidade nos cuidados de saúde – talvez o princípio básico da sua conceituação ao nível europeu - pressupõe sempre, de uma maneira ou outra, o envolvimento directo do Estado, através da sua atribuição legislativa, regulatória, de financiamento directo do sistema e até, em alguns casos, de participação no próprio processo de produção dos serviços e produtos de saúde.

(3.09) O que é a Economia da Saúde - Carlos R. Del Nero – Booz Allen& Hamilton

3.3. E o que condiciona, hoje, a gestão em saúde? A gestão em saúde também sofreu algumas das consequências do que foi a revolução gestionária nos últimos vinte anos – e não tanto com o que se devia ter aprendido com os grandes investigadores e académicos nestas áreas mas com os “*paradigmas*” e exemplos corporativos provenientes de *Wall Street* e dos considerados génios da moda de sucesso que, em conjunto, criaram e sustentaram o código de conduta e governação (tida como a “*nova gestão*”) que impuseram as opções essenciais até ao início da crise em 2007/2008,

- (●) *Prescindibilidade presencial do accionista que teve como moeda de troca os benefícios directos da aplicação da teoria do acréscimo de valor para o accionista e o colossal trade-off entre o dividendo distribuído (muitas vezes exclusivamente suportado na criatividade contabilística) e os escandalosos regimes de remuneração das administrações;*
- (●) Criação do *value for the money* como a forma de giz a estratégia com o objectivo de maximizar o retorno da respectiva implementação em termos de eficiência, eficácia e economia (os conhecidos três E’s – *economy, efficiency e effectiveness* (3.10) ;
- (●) Valor potencial da ideia, como prática que foi corrente em alguns mercados de ser possível cotar em bolsa, negociar e ganhar imenso dinheiro sobre o mero projecto de negócio que envolvia, em princípio e só, uma excelente ideia – os casos de sucesso ficaram para a história, para aparentemente fazerem esquecer o ainda maior número de casos de rotundos falhanços.

(3.10) Ao contrário de outros (Guilhermina Rego / Rui Nunes julgamos que o conceito puro e duro de “*value for the money*” não tem aplicação directa nos sistemas nacionais de saúde europeus. Em primeiro lugar, porque estruturalmente lhe falta o objectivo-lucro (o que não é necessariamente o mesmo de tudo fazer para se não ter prejuízo). Depois porque será sempre difícil quantificar globalmente o *outcome* gerado pela saúde no seu globo que ultrapassa de largo a mera perspectiva *económica* dos projectos. Depois, porque ainda está por definir os sistemas, métodos e métricas que suportariam o referido cálculo do “*value for the money*” na saúde.

Tudo isto também alimentou o sonho do “*círculo virtuoso do crescimento inesgotável*” (3.11) que se suportava na capacidade a demonstrar em gerir na insegurança, turbulência, incerteza e fluidez das condições de funcionamento das corporações e dos mercados, pela volatilidade e transitoriedade da vantagem competitiva e a necessidade de, pela primeira vez, competir em velocidade e proactividade - *be first, be best, be cost-efficient*. – no domínio e condução do processo de mudança.

Esta nova perspectiva também suportou modificações substanciais no conceito do produto e na forma como se fideliza o cliente,

- (●) O produto como bem volátil, intangível e com vida cada vez mais curta – no sonho generalizado de replicar uma vida corporativa que começa numa garagem e se transforma no padrão da indústria.
- (●) O cliente que se procura manter, mesmo contra a sua própria vontade, através dos efeitos rede e “*locked in*”, implacavelmente condicionado nas suas opções e alternativas (3.12)

(3.11) KOTTER (1996) sintetizou esta questão primorosamente embora a realidade vivida nos últimos anos o tenha contrariado nas expectativas “ ... *HISTORY HAS SIMPLY NOT PREPARED US FOR TRANSFORMATIONAL CHALLENGES. PEOPLE OF MY AGE GROUP OR OLDER DID NOT GROW UP IN THE TIME WHEN MODIFICATION WAS COMMON. WITH LESS GLOBAL COMPETITION AND SLOWER-MOVING BUSINESS ENVIRONMENT THE NORM BACK THEN WAS STABILITY AND THE RULLING MOTTO WAS ... IF IT AIN'T BROKE, DON'T FIX IT. THE CHALLENGES WE NOW FACE ARE DIFFERENTLY. A GLOBALISED ECONOMY IS CREATING MORE HAZARDS AND MORE OPPORTUNITIES FOR EVERYONE, FORCING FIRMS AND ORGANIZATIONS TO MAKE DRAMATIC IMPROVEMENTS NOT ONLY TO COMPETE*

(3.12) No caso da saúde e por outras palavras, “ *To promote informed decision making in health care, one would like to be able to specify or quantify the uncertainty pertaining to information about the risks and benefits of a given intervention. Yet this task is made problematic not only by the variety of types of uncertainty (some of which may not lend themselves to quantification at all) but also by methodological difficulties* “ - Eisenberg Center 2006 White Paper Series: Communicating the Uncertainty of Harms and Benefits of Medical Interventions - Mary C. Politi, PhD, Paul K. J. Han, MD, MA, MPH, Nananda F. Col, MD, MPP, MPH, FACP (2007)

O “*círculo vicioso da gestão pública*” aplica-se por inteiro na saúde: gerir recursos voláteis, instáveis e escassos, com origem em tipos de financiamento que se não controla e que se aplicam em investimentos decididos maioritariamente por convicção, a depender de barreiras à entrada que se desconhecem e a negociar tudo isto com líderes contestáveis e frágeis, com um tal *engajamento* político que os impede, quase por definição, de assumir o risco solitário das decisões e boas práticas.

O Relatório da Primavera de 2008 socorre-se das opiniões de Mintzberg e Drucker segundo as quais os hospitais são organizações complicadas, representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir, acima de tudo pelo maior uso intensivo que faz de recursos - humanos, capital, tecnologia e conhecimento - necessitando, por isso, de uma resposta de enquadramento, profissionalismo e competência dos seus gestores também fora do vulgar. A este propósito e usando a própria experiência pessoal nesta matéria, acrescentamos àqueles factores um outro que nem sempre é considerado e levado em conta: não será fácil encontrar um outro sector em que a estrutura dependente das organizações tem grau equivalente de reconhecimento público e competências afirmadas como na saúde, dando portanto aos seus recursos humanos um peso e uma importância fora do vulgar – não é assim de estranhar que quem tenha passado pela gestão hospitalar não se canse de defender e aconselhar o exercício do mais importante activo na gestão hospitalar – o bom senso (3.13).

Está por realizar um debate em Portugal com íntima relação a tudo isto e que entronca na nem sempre conseguida distinção entre economia e gestão em saúde. Em concreto, se não há grandes dúvidas na necessidade de haver objectivos desenhados, implementados e contratualizados com cunho exclusivo de economia da saúde, a questão a por é entretanto outra:

(3.13) De entre outros, Adalberto Campos Fernandes – Entrevista – Notícias Magazine – 08.05.2011

A quem deve competir cumpri-los – às organizações intermédias da estrutura dirigente ou, pelo contrário, devem constituir-se no núcleo privilegiado dos objectivos globais aplicáveis a todas as unidades e serviços da respectiva estrutura, como acontece presentemente? De facto, a enunciação deste problema levanta vários outros, dos quais há que salientar os seguintes:

- (●) Será razoável que a contratualização interna ao nível dos cuidados primários se suporte quase por exclusivo em indicadores de conteúdo e controlo de economia da saúde / saúde pública, combinados com outros de gestão das organizações que até podem nem ter utilização prática directa por falta de informação de suporte?
- (●) Nos cuidados primários existem presentemente indicadores denominados formalmente como “*financeiros*” cujo conteúdo não tem nenhum reporte com o baptismo mas sim com o facto de estarem correlacionados com “*incentivos financeiros*” a distribuir, caso sejam atingidos.
- (●) Mas, por outro lado, de que forma o Ministério da Saúde e os seus dirigentes intermédios podem gerir objectivos de conteúdo eminentemente de economia da saúde (como lhes compete) se não for através do compromisso assumido pelas unidades e serviços nucleares da estrutura?

Aqui está mais uma razão para a defesa da especificidade da contratualização aos mais diferentes níveis da estrutura da saúde e o absurdo aparente de impor objectivos de economia de saúde à mais recôndita USF's do mesmo modo que a qualquer estrutura de referência do sistema. Ao acumular a prestação autónoma dos cuidados de saúde com o papel de instrumento de uma política de promoção, prevenção e protecção da saúde, as organizações de saúde exigem o desenho e implementação de modelos de governação diferenciados – pelo diferente entorno em que exercem a sua actividade; pelo diferente peso e capacidade de mobilização dos seus stakeholders; pela proximidade ou não aos centros de poder e à capacidade de mobilizar e canalizar recursos financeiros; pela também mobilização corporativa dos seus recursos humanos através da existência (ou não) de lideranças efectivas em exercício do poder.

Por isso mesmo, algumas dúvidas haverá em aceitar que a governação organizacional na saúde (nomeadamente a hospitalar) é a soma directa da governação empresarial e da governação clínica. De facto, a complexidade do funcionamento e a convergência nem sempre pacífica de vários interesses e poderes não pode ser o argumento para a referida segmentação até porque acresce um outro argumento crucial para o debate – também entendemos que a regeneração e reestruturação da saúde ou se faz com os de dentro, para os de dentro e por dentro das organizações ou, efectivamente, dificilmente se fará.

Daqui que valha a pena defender uma perspectiva abrangente da governação das organizações de saúde, integrando antes de tudo as suas componentes clínicas mas também as da economia em saúde e da respectiva gestão. O problema parece não estar nos objectivos mas antes no conjunturalizado “*sentido de urgência*” para os resultados a apresentar e no poder disseminado dos diversos poderes corporativos para os quais não houve, até hoje, a imaginação e a capacidade de os mobilizar. Isto também deriva, em algumas áreas, de menor conhecimento do funcionamento das organizações e do respectivo quadro estratégico. De facto, não há responsável algum na saúde que não repita quase à saciedade a Missão do seu trabalho ou da organização que gere: “*tratar doentes*”. Esta perspectiva redutora e simplista da Missão das organizações pouco acrescenta à sua actividade desejavelmente diferenciada. E porquê? Pela menoridade, desinteresse e mesmo desconhecimento dado ao conceito de Visão da(s) liderança(s). É a Visão, quando existente e activa, que dá conteúdo operacional à Missão, sob pena desta se transformar ou numa simples declaração de intenções ou no burocrático exercício sem chama de uma actividade.

Estamos, assim, perante um (sanável) processo de contradições na gestão em saúde, em que por o accionista ter dificuldade em saber seleccionar os investimentos realizados causa disfuncionalidades notórias na dimensão da estrutura das suas organizações dependentes (e, por via disso, na própria oferta global) e tudo isto porque, na saúde, ainda não se aceita pacificamente aplicar um conceito nuclear em gestão compartilhada em concorrência: o da vantagem competitiva.

3.4. Na sequência disto não será portanto de admirar a transposição para a saúde dos conceitos do *New Public Management* (NPM), abordagem popular da gestão pública nas décadas de '80 e '90 do sec. XX (3.14) que em Portugal teve alguns seguidores mas reduzidas aplicações para a reforma a promover (3.15). Através de uma perspectiva de negócio para o serviço público, o NPM procura chegar à desburocratização e descentralização da administração pública através de uma estratégia assente em metodologias e modelos que privilegiam o serviço prestado, a atenção ao destinatário e a generalizada participação na respectiva gestão, focada nos *outcomes* e na eficácia, num enquadramento do exercício activo da liderança das estruturas dependentes. Tudo isto estaria perfeito se não fosse a tendência da NPM para converter a iniciativa e as organizações privadas no benchmarking e referência para o objectivo de reestruturação da administração pública – e aqui, pretendeu-se transformar organizações em empresas, utentes em clientes e serviço em mercado.

O NPM propõe assumir a gestão por processos e técnicas *empresarializáveis*, focada nos resultados e na desburocratização e simplificação de procedimentos, a descentralização do poder e consequente *empowerment*, assumindo a transmissão de competências para os níveis intermédios das organizações e definindo estritos e operacionalizáveis critérios de avaliação de desempenho. Isto, entretanto, só poderá ser efectivamente atingível se e só se a gestão estratégica também tomar o seu lugar soberano na cultura e competências das organizações e dos seus líderes, naturalmente pela definição da respectiva missão mas, complementarmente e fundamental, também pela prevalência operacional e a todos os níveis da visão das lideranças (3.16)

(3.14) *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao sector da saúde / Guilhermina Rego – Edição Vida Económica – 2008)*

(3.15) *Hospitais transformados em empresas – análise do impacto na eficiência: estudo comparativo – Ana Paula Harfouche – Universidade Técnica de Lisboa – ISCSP – 2008).*

(3.16) “... *Não podemos continuar a aceitar que a falta de organização, o desaproveitamento dos meios ou a subutilização dos recursos continue a promover a ineficiência global do sistema de saúde ...*” - Adalberto Campos Fernandes – Entrevista – Notícias Magazine – 08.05.2011

Apesar de desde o seu início, se ter pleno domínio do que realmente diferencia a administração pública da iniciativa privada e dos perigos do excesso de empresarialização do Estado, a verdade é que só mais recentemente o foco no “*valor público*” das organizações, pela defesa da cidadania e o verdadeiro papel das organizações públicas – enfim, uma real e distintiva *public organisation governance* (3.17) – vem conseguindo a necessária diferenciação perante a abordagem empresarial.

Não parece essencial para a sustentabilidade teórica e prática do NPM na saúde a defesa da existência correspondente da concorrência e da desregulamentação no respectivo mercado (mesmo que, por outras razões ou pressupostos se possam considerar como úteis à eficácia de funcionamento do sistema). Isto porque o maior contributo adquirido do NPM parece situar-se muito mais “*dentro*” das organizações do que no entorno em que elas se movimentam

Se, na generalidade, parecerá pleonástica a exigência de profissionalismo e estilo mobilizador da liderança nas organizações de saúde (que outros pressupostos deveriam ser exigidos em alternativa a estes?), a definição de objectivos claros e diferenciados para actividades tidas como também distintas, a desmultiplicação sucessiva do poder delegado pela desagregação da dimensão das organizações para, em resultado, se obter uma maior eficiência no uso dos recursos utilizados eis, no fundo, o programa desejável de uma “*nova gestão*” em saúde.

(3.17) Estando hoje provado que a práticas da iniciativa privada – em particular, aquela que dela é mais representativa, o sector financeiro – não podem servir de paradigma nem exemplo, a urgente reinvenção da *governance* não pode ser deixada nas mãos exclusivas dos que demonstraram ter feito dela, durante anos, letra morta da sua acção gestionária.

É, portanto, possível fazer a transposição dos conceitos e técnicas aplicáveis à gestão na iniciativa privada para as organizações públicas – mas será que, com isso, o utente passa a ser automaticamente cliente e as organizações públicas do sistema de saúde passam a dever ser geridas pelas regras estritas do funcionamento das empresas privadas? (3.18). Trabalhar na prossecução do interesse público é, antes de tudo, suportar a acção em valores e serviços comunitários e não em interesses privados; no comprometimento assumido pela *accountability* dos procedimentos e decisões; no privilegiar ao máximo dos recursos aplicados e dos outputs obtidos, a universalidade e equidade na prestação do respectivo serviço e no compromisso “*cívico*” do contributo directo para o desenvolvimento cuidado e na prática do regime democrático (3.19).

3.5. Também aqui, parece haver uma alternativa credível: a lógica e a gestão não da empresarialização ou empresarial mas antes e sobretudo a do empreendedorismo, o que não é manifestamente a mesma coisa. Na verdade, o que se estima para a saúde é integrar e associar as regras normais de boa governação ao espírito de empreendedorismo necessário à criação de uma cultura gestionária de risco e responsabilidade por objectivos e metodologias a seguir e atingir (3.20)

(3.18) O conceito de “*gestão empresarial*” na saúde tem mais de quarenta anos em Portugal, pelo Decreto nº 48 357 de 27 de Abril de 1968 - Estatuto Hospitalar, Depois disso, foi reforçado na Lei de Bases da Saúde e na legislação da transformação dos Hospitais em sociedades anónimas. Então, com tais suportes legislativos porque é que o espírito de gestão empresarializada nunca conseguiu impor-se no SNS? Em primeiro lugar, porque não é líquida, fácil nem linear a aplicação da gestão tipicamente empresarial aos quesitos e enquadramento da gestão organizacional pública. Em segundo lugar, porque a “*gestão empresarial*” nunca foi nem será uma questão de enquadramento legislativo, tenha ele a extensão que tiver, mas sim o resultado da identidade e cultura organizacionais.

(3.19) O aparecimento subsequente ao NPM do New Public Service não é valorizável para efeitos da presente discussão pela razão de não se poder deixar de manter o respectivo foco de atenção - a gestão das organizações - para a qual o New Public Service mediocramente contribuiu.

(3.20) Para este efeito e realçar convenientemente a diferença, preferimos utilizar a expressão “*gestão corporativa*” que supomos expressar o conteúdo puro e duro da actividade centrada no lucro e no benefício do accionista.

Parece, assim, evidente que

- (a) As grandes organizações de saúde são puras *multi-business organizations* que alavancam competências internas e, por esse meio, potenciam excepcionais sinergias de eficácia e eficiência;
- (b) Não é possível haver nas organizações de saúde soluções “*one-size-fits-all*” aplicável transversalmente aos respectivos sistemas. Podemos é criar standards e critérios de benchmarking que sirvam de patamar à análise transversal da respectiva gestão.
- (c) O doente (desejavelmente curado) é o produto hospitalar por excelência, com as suas especificidades no diagnóstico mas também nas exigências de tratamento que exige e na evolução da relação com o sistema;
- (d) A forma de diferenciar os serviços de saúde não é pela sua (ou não) capacidade de serem produzidos em massa ou em lotes mas sim pelo seu carácter único e temporário. Este facto está relacionado com os conceitos tradicionais vigentes de qualidade e inovação na saúde – em que se confunde a excelência dos produtos e serviços com os produtos e serviços de excelência.

Embora assumindo a originalidade de um relativo exagero conceptual, também nas organizações de saúde se expandiu o vírus corrosivo do primado do “*acrescento de valor para o acionista*”, para deleite de gestores e académicos que na generalidade não conseguiram, não quiseram ou não consideraram fundamental combatê-lo a favor do acrescento de valor para as próprias organizações ou, no caso específico da saúde, para o natural destinatário da actividade – o doente/utente. De facto e no caso da saúde, o erro ainda foi e continua a ser mais gritante: o Estado e os seus agentes, como acionista, financiador e regulador, alcandoram-se a únicos beneficiários da actividade das respectivas organizações para, só depois e por seu intermédio, redistribuir como muito bem entendem os benefícios delas recebidas.

3. 6. Ainda relacionado com tudo isto está a conceituação efectiva, em termos técnico-económicos, do utente dos serviços de saúde. Ele é, antes de tudo, unanimemente aceite como consumidor daqueles serviços, com uma particularidade única e irrepetível: é que sendo consumidor também é coprodutor da sua própria saúde, através dos bons ou maus hábitos que adquire ou promove, fazendo com que a saúde seja um dos mais valiosos activos sociais, juntamente com a educação ou o conhecimento – ainda aqui com uma distinção específica não repetível: ela não só está sujeita a grandes e imprevisíveis riscos como não é passível de ser acumulável (3.21).

Mais ainda, o consumo do “*bem - cuidados de saúde*” tem como objectivo restabelecer algo perdido ou debilitado (3.22), o que efectivamente lhe retira *utilidade intrínseca* (o objectivo único de proporcionar saúde sobreleva o facto de o respectivo consumo por si proporcionar qualquer utilidade) pelo relacionamento nem sempre perfeitamente definido entre a necessidade de consumo de cuidados de saúde e a procura induzida gerada por factores independentes do próprio utente (3.23), fazendo com que a posição de poder dominante pela relação imperfeita de agência da oferta e a real assimetria na informação tenham uma forte influência na sua evolução (3.24).

(3.21) World Health Report – 2000

(3.22) Conta a lenda que Calouste Gulbenkian só pagava a avença aos seus médicos assistentes nos meses e tempos em que estivesse de boa saúde. Esta decisão tem a virtude de antecipar por décadas o que hoje está assumido, isto é, que o doente só é penalizante através da existência da doença embora seja penalizado mesmo quando é só um potencial utente. Os médicos e investigadores que desejam “*exercer a medicina sem doentes*” não mais fazem do que tentar reverter as prioridades dos cuidados de saúde, na expectativa de pela prevenção não haver doentes e, nessa medida, serem melhor remunerados, como os assistentes de Gulbenkian

(3.23) “O Mercado de Cuidados de Saúde – Álvaro Matias – Novembro de 1995 – Associação Portuguesa de Economia da Saúde – Mestrado em Economia e Política Social – ISEG

(3.24) Quando, há onze anos, avançámos com a constatação de facto aplicável à banca não imaginávamos que ela também tinha aderência ao caso da saúde – determinando de forma estruturante a relação com o doente. De facto, na saúde, o “*momento da venda*” (isto é, aquele momento em que o cliente sai porta fora com o produto debaixo do braço e sem ambos saberem se voltarão a encontrar-se) inicia e não finaliza a relação negocial – isto é, precede e não tranca o desenvolvimento da respectiva relação.

Dito de maneira complementar, o objectivo de proporcionar saúde ultrapassa o facto de o respectivo consumo proporcionar qualquer utilidade, até pela abordagem hoje cada vez mais abrangente, indivisível e em cadeia na prestação dos respectivos cuidados, com o papel de importância crescente dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Supomos que a última década demonstrou a não confirmação de um pressuposto que fez carreira na investigação em saúde – a existência do “*ponto de saciedade*” e o consequente comportamento negativo da função de utilidade de cuidados de saúde. De facto, pelos avanços verificados na inovação, nos termos de prestação dos cuidados de saúde, por exemplo em ambulatório, e o aparecimento de “*novas*” respostas à criação de “*novas*” perspectivas de necessidades antigas (claramente os casos da gerontologia, sexualidade, obesidade e cirurgia plástica – todos relacionados, de uma maneira ou outra, à qualidade de vida das populações) põem hoje em risco a aceitação tout court daqueles conceitos e avaliação. Aliás, o aumento dos rendimentos individuais e da efectiva aversão ao risco da doença tem levado ao aumento relevante da contribuição líquida das diversas alternativas de resposta sem que isso corresponda, de facto, a efectivas necessidades geradas. Em suma, o doente é mesmo o cliente das organizações de saúde?

De acordo com múltiplos inquéritos realizados – nos USA, na Europa ou mesmo no Extremo Oriente – o utente dos serviços de saúde prefere sempre continuar a ser considerado como potencial “*paciente*” em vez da qualidade de “*cliente*” que indiscutivelmente não sabe nem quer exercer em saúde. Mas esse facto em nada conflitua com a atenção redobrada ao doente e à sua segurança (designados como prioritários pela World Health Organisation in 2002 e objecto da iniciativa “*Europe for Patients*” lançada pela Comissão Europeia e cujo principal objectivo foi promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde na Europa e a segurança do doente). Na verdade, os que insistem – por convicção absoluta ou mero mimetismo de moda sem reflexão cuidada – na condição de “*cliente*” para o utente / doente cometem o lapso conceptual de o não integrar por inteiro na relação negocial e eminentemente comercial subjacente e que, quando visto nessa perspectiva, a rejeitam, como não poderia deixar de ser.

O que ganha o sistema com o *empowering* efectivo do paciente na sua gestão ou desenvolvimento? Numa primeira análise, a investigação sugere que o envolvimento do doente não garante a melhoria da qualidade no funcionamento do sistema.

3.7 Mais ainda, variando as expectativas e o grau de informação e escolha do doente de sistema para sistema, estaremos, no fundo, a criar novas e potenciais iniquidades na prestação do respectivo serviço (3.26). O teste foi feito às 11:53 horas do dia 11 de Setembro de 2007 - a busca na Google sobre um conjunto representativo de doenças graves, avaliando o número de entradas que cada uma delas apresentava:

Quadro 03

GOOGLE - 11.09.2007 - 11 Hrs53

	Entradas / cerca de...	
	Português	Inglês
CANCRO DA MAMA	286,000 em 0,22 seg.	69,300,000 em 0,14 seg.
TIROIDE	195,000 em 0,20 seg.	2,050,000 em 0,13 seg.
PANCREAS	206,000 em 0,14 seg.	2,470,000 em 0,12 seg.
PRÓSTATA	344,000 em 0,13 seg.	15,800,000 em 0,13 seg.
DIABETES	1,960,000 em 0,16 seg.	81,400,000 em 0,03 seg.
ENXAQUECA (MIGRAINE)	530,000 em 0,12 seg.	16,000,000 em 0,05 seg.
DOENÇAS ORFÃS		1,790,000 em 0,12 seg.

O que ganha o doente com este manancial quase infinito de informação? Será que o paciente que recolhe previamente a informação que pode entender, digerir e assimilar é substancialmente diferente de todos os outros na consideração e confiança no médico-informador que, inclusivamente, pode rebater tecnicamente (mesmo quando sem sustentação adequada) todos os sofríveis e debilitados argumentos que lhe são apresentados como opinião contrária?

(3.26)EuropeanVoice Event – Patient Choice: Pandora's box? How can patients influence quality and safety standards in healthcare – May 2000

São já conhecidos os parâmetros maioritariamente prosaicos e práticos que sustentam realmente o valor para o doente, de entre os quais se salientam a proximidade, o fácil acesso, a continuidade e integração das prestações, a informação geral ou a comodidade de pagamentos (3.27). De facto, aquilo que tem sido entendido, muitas das vezes, como uma ameaça ao poder de diagnóstico e de terapêutica médicos pode e deve ser revertido num meio de melhoria assinalável para a recolha da informação do doente.

Na prática, portanto, a vantagem do paciente informado reverte, em primeira linha, para o diagnóstico e, subsidiariamente, para o próprio sistema, já que ajuda e colabora melhor na sua identificação e, depois, aceita também seguramente melhor a terapêutica proposta, esta sempre e só da responsabilidade do profissional clínico.

Na verdade, será que aquele novo quase *outdoor* da saúde como princípio renovador dos cuidados a prestar “*patients should be given more choice about their care*” tem algum sentido para o destinatário ou não se estará a confundir informação com poder, como forma alternativa de, pelo doente, tentar controlar e conter o poder médico? Ao contrário e como parece óbvio, chamar sistematicamente às pessoas pacientes não as faz mais doentes nem põe em crise os seus próprios direitos como tal, mas, para isso, também há que reconhecer a necessidade de preservar alguns princípios básicos no relacionamento médico-doente que têm sido paulatinamente transformados em práticas obsoletas e tradicionais numa medicina também cada vez mais obcecada pelo *state of art*.

A este propósito, chamávamos a tal tipificação daquela relação como “*ver o doente sempre de perfil*”, no sentido de acreditar tanto ou mais no que se lê no monitor do que se ouve directamente do doente, sempre numa postura não amigável – “*de lado*” para ele. Confirmou-se esta ideia originária ao ler um depoimento americano de assinalável relevo:

(3.27) 2004 National Inpatient Priority Index - Ten Issues Most Highly Correlated with Likelihood of Recommending the Hospital

“ ... prior to the 20th century, the physician’s most powerful and oldest “instrument” was the laying on of hands. Often little else could be done except this simple act of compassion. In fact, the laying on of the hand developed into a scientific skill and became an important diagnostic tool. Feeling the pulse, palpating the abdomen, and percussing the chest were skills honed over time. They not only helped in the formulation of a diagnosis, the patient and the doctor were connected by touch. In the corporate model of health care, the patient is a customer and the physician is a retailer. The doctor cannot be the patient’s advocate and may almost become an adversary ... Corporate medicine fosters the 9-to-5 job mentality ... We must become better internal and external communicators. If we do not teach our residents how to listen, we have not taught them how to communicate ... before patients can reclaim their rightful place as the center— and indeed the raison d’être—of our health care system, we must again empower doctors. Physicians must be free to practice patient-centered medicine ... The corporatization of medicine, sophisticated technology, and the rise of specialization have all added to looking at the patient as a disease or a fragmented body part. More diagnoses are missed by not listening and looking than not knowing ... We can start by cultivating in ourselves ... the art of listening and touching, fundamental elements in the doctor–patient relationship, which is critical to the integrity of the health care system (3.28).

Também pela reforma do NHS, o Departamento de Saúde enunciou alguns dos princípios da valorização da “voz e escolha” do doente,

- (●) A exigência de as pessoas serem tratadas mais depressa
- (●) Abrir as opções de escolha para o facto dos serviços não fornecerem a qualidade pretendida ou esperada
- (●) Pacientes serem mais ouvidos sobre o que pensam sobre a saúde e a sua opinião ser tida em conta

(3.28) “Patient versus Customer, Technology versus Touch: where Has Humanism Gone?” - Carolyn E. Reed, MD – Department of Surgery, Medical University of South Caroline, Charleston, South Carolina in “The Annals of Thoracic Surgery” – 2008

- (●) A criação de uma malha de oferta que possibilite os serviços serem mais convenientes, mais perto das casas e dos locais de trabalho
- (●) Os pacientes poderem ter acesso e deverem esperar mais informação sobre a qualidade e disponibilidade dos serviços a prestar
- (●) Conhecimento generalizado e transversal do processo clínico do doente, possibilitando a sua mobilidade e capacidade de decisão.

Estamos perante um mero *soundbite* de resultado final discutível ou de uma efectiva e poderosa mudança na perspectiva de integração do doente no sistema? Não cabe nos nossos objectivos avaliar a questão, embora seja possível deixar anotados dois pontos. Em primeiro lugar, a reforma do NHS centrou-se na obtenção da real capacidade de escolha do doente – só que, como é óbvio, “*patient choice will be meaningless if people don’t have a wider range of high-quality, safe and conveniente services to choose from*” ou, dito de modo escorreito, a escolha só terá efectivo conteúdo se e só se houver real oferta de múltiplos serviços alternativos centrados exactamente no doente.

No caso português, considerada a relação de dependência e a consequente diferença na gestão da informação realmente detida por cada uma das partes, será difícil avaliar para que serve o poder de escolha se, em final do dia, os constrangimentos financeiro, de competências e de domínio do entorno que o determinam e condicionam só são ultrapassáveis pela “*compreensão*”, “*ajuda*”, “*intervenção*” ou “*solidariedade*” do respectivo agente mediador – médico.

3.8. Ainda relacionado com isto, há que analisar a questão da governação em saúde e da forma como nela se enquadra a governação clínica

Quadro 04



Reprodução de “Liderança e Gestão do Risco no Corporate Governance” - Carla Gonçalves Pereira

Também aqui e uma vez mais, foi no âmbito do processo de reestruturação do NHS que se foi formando o conceito de governação clínica (3.29), constituindo hoje um dos vectores estruturantes e estratégicos do próprio sistema (seguindo a prática gestionária hoje genericamente assumida do objectivo de operacionalização da estratégia definida), tentando contribuir para a excelência sustentada na prestação e oferta dos cuidados de saúde através da melhoria contínua e desenho, implementação e teste de padrões de qualidade no desempenho - a título de exemplos, a medicina baseada na evidência, a efectividade clínica, a formação e educação, investigação e desenvolvimento, auditorias clínicas, gestão do risco ou o aumento capacidade de intervenção do doente.

(3.29) Em suma traduzidas na prática pelas normas de orientação clínica (NOC ou *guidelines*) - conjunto de recomendações clínicas que reproduzem a melhor e mais relevante evidência científica disponível num dado momento.

É que, na verdade, “ ... no futuro próximo, o principal desafio das unidades de saúde é a evidência da qualidade clínica. Isto é, não basta dizer que somos bons, temos de demonstrá-lo, provar que prestamos cuidados de saúde de alta qualidade. Esta demonstração e evidência de qualidade clínica, é o nosso grande desafio e prioridade ...” (3.30). Só que governação clínica não esgota necessariamente o âmbito da aplicação da governance aos sistemas de saúde, porque é um dos meios e não a panaceia nem o resultado final a atingir pela prática ou a gestão em saúde.

De facto, o governo das sociedades é genericamente considerado como “... o sistema através do qual as sociedades são dirigidas e controladas ... (pela) distribuição dos direitos e das responsabilidades dos diversos participantes na empresa ... e dita as regras e os procedimentos para a tomada de decisões ... fornece também a estrutura mediante a qual estabelece os seus objectivos e as formas de atingi-los e de avaliação da sua performance ...”

Quando se aplicam estas regras à saúde há uma tendência de reduzir a governação ao conteúdo negociado das diversas contratualizações – aqui e uma vez mais, o sempre presente problema do âmbito da economia e da gestão em saúde, quando se inventaria

- (●) Execução das responsabilidades centrais básicas da organização;
- (●) “Como” e do “quão bem” ela é gerida;
- (●) Implementação de práticas através de processo típico de *benchmarking* que tem como objectivo atingirem-se altos níveis de excelência no desempenho;
- (●) Melhoria das estruturas, composições e infraestruturas das organizações;
- (●) Cumprimento das obrigações fiduciárias correntes em nome próprio e dos detentores de capital.

Quer no âmbito do modelo de governação quer no do modelo da contratualização, a assimetria da informação conduz a uma quase perfeita relação de agência, com os potenciais problemas de risco moral e selecção adversa – por isso mesmo, é perigosa a opção de poder transformar os contratos-programa de instrumentos de negociação objectivamente falhada num exercício de mero treino de relacionamento funcional. É que, de facto, o alinhamento de interesses neste caso não pode nem deve ser “*testável*”, posto em causa ou, pior ainda, constituir um resultado leonino de uma contratualização de facto inexistente.

Daqui a verdade de que “... *o problema da governação ou governo das sociedades é um problema do desenho institucional de modo a alinhar incentivos entre um ou vários principais e quem detém o controlo executivo da organização ... importando criar mecanismos que permitam a resolução dos problemas de agência ...*”

3.9. De acordo com os dados conhecidos dos países da OCDE (3.31),

- (●) Introdução regular de concursos públicos no outsourcing de serviços laboratoriais pode poupar 30% ou mais e a concorrência nos preços para o fornecimento de serviços hospitalares pode levar a reduções de preços de 7% ou mais;
- (●) Benchmarking dos níveis de pagamentos contra os hospitais mais eficientes pode levar a reduções de custos de 6% ou mais em hospitais menos eficientes e os orçamentos por médico para tratamentos podem levar a reduções nas admissões aos hospitais de 3.3%.
- (●) Pagamento baseado em número de casos tratados pode poupar 10% ou mais comparado com o financiamento hospitalar baseado em dados históricos.
- (●) A presença de hospitais baseados na performance pode estar associada a reduções de 2.4% nos custos hospitalares numa dada área geográfica.

De tudo isto se concluirá que tem de haver a efectiva intervenção multidisciplinar das diversas lideranças clínicas, a todos os níveis da governação em saúde. Sem isso - ou pior ainda, contra isso - nada se conseguirá obter de sustentável e regenerador. É que, para além de tudo, a típica e tradicional cadeia de valor não tem aplicação directa na saúde. De facto o caminho para a criação de valor em saúde faz-se através da soma entre o estilo de gestão (pela criatividade e inovação organizacional e de gestão, focalização nas efectivas exigências do utente / doente e a avaliação qualitativa permanente das diferentes opções de decisão em gestão) e a dinâmica humana integrada na liderança (pelo espírito de equipa, satisfação individual e comunicação, encorajamento à mudança e o sentido de posse e comparticipação nos resultados obtidos).

Este problema está intimamente relacionado com a quase obrigatória passagem de uma perspectiva exclusivamente operacional do desempenho, suportada nos outputs e na avaliação da eficiência (fazer bem as coisas) para uma outra de índole eminentemente estratégica, do outcome e da eficácia (fazer as coisas certas), que é o único caminho possível para um conseguido processo de avaliação da excelência em desempenho. Considerando a posição ideal (máxima eficiência com máxima eficácia – chegar aos objectivos ao mesmo tempo que se gere bem os recursos disponíveis), as quatro possíveis combinações entre elas definem quadros base de actuação importantes para o respectivo diagnóstico (3.33).em que não é fácil encontrar outra área da actividade económica para além da saúde em que a abordagem estratégica (e não exclusivamente táctica) deste problema seja mais necessária e urgente.

(3.33) Em Portugal, a prevalência da eficiência leva à gestão mais ou menos cuidada dos recursos sem interesse, motivação ou contratualização séria dos objectivos a prosseguir. De facto e como exemplo mais significativo, já está assumido pela investigação que o corte cego e generalizado nos custos não gere melhor eficiência, da mesma maneira que já se sabe que a melhoria directa sobre a eficiência tem reflexos sempre positivos na estrutura de custeio. Sabendo-se isto, então porque se insiste na opção errada? A resposta parece evidente: porque a urgência dos tempos políticos conjunturalizados leva a que se adiem sempre as respostas mais difíceis de implementar para que, chegado o momento crucial, se continua também a não ter tempo – aí pela pressão do mau desempenho dos indicadores – para encontrar soluções fora do que é o mais óbvio.

4.

CONTRATUALIZAÇÃO, PODER e GESTÃO ESTRATÉGICA das ORGANIZAÇÕES de SAÚDE

A via de sobrevivência pelo incentivo à Excelência

4.1. É pela especificidade da escolha do conteúdo das prioridades estratégicas traduzidas na visão de lideranças e na forma como se entende criar a malha de avaliação própria de desempenho que as organizações de saúde responderão aos actuais desafios. O “*novo modelo*” de funcionamento do sistema de saúde, através de

- (●) Contratos de gestão (4.01) “*desconjunturalizados*” com avaliação de desempenho baseada em parâmetros objectivos e constituição da correspondente discriminação positiva ao desempenho de excelência,
- (●) Gestão descentralizável com envolvimento e responsabilização das lideranças intermédias e autonomizadas pela contratualização interna,
- (●) Racionalidade e optimização da gestão dos recursos sem comprometer a equidade pelo exercício das melhores práticas,

(4.01) Como meio para definir o quadro de funcionamento dos diferentes actores, da respectiva partilha de risco e accountability relacional entre eles. Accountability será a obrigação que uma pessoa, grupo ou organização assume pelo cumprimento de uma responsabilidade ou exercício de uma autoridade e inclui (a) exigência de resposta com uma justificação ou explicação; (b) *reporting* dos resultados desse cumprimento e (c) assunção de responsabilidade pelos resultados. Desta definição decorre que accountability é (.) Um relacionamento – contrato entre duas partes (.) orientada para resultados – nem inputs nem outputs, mas sim outcomes (.) requer o *reporting* das situações (.) sendo uma obrigação, temos um encargo e consequências no caso de não cumprimento (.) contribui para a melhoria do desempenho. Em suma, estamos perante o prestar contas responsável às diversas instâncias de supervisão – transparência, integridade e responsabilidade. Recentemente, tem-se generalizado o uso da accountability associada à política social e aos produtos e serviços públicos e comuns que correspondem a direitos fundamentais do cidadão, que a eles devem ter acesso e auferirem em equidade e aos quais se exige a prestação de contas responsável pelos respectivos operadores e agentes.

e conceituadas as unidades e serviços onde esse modelo deve funcionar, que

- (●) não são, de facto, meros pontos de enlace e de encontro do doente com o sistema,
- (●) definem o modelo de actividade / modelo de negócio e conceituam as vantagens competitivas e, portanto, são os verdadeiros centros geradores de acrescento de valor às organizações,
- (●) e através das quais se pode fazer a “revolução” do processo mudança na saúde, a levar a cabo por dentro, para dentro e, acima de tudo, com os de dentro,

e ainda integrados, em termos de estrutura organizativa global, num quase-mercado, caracterizável por

- (●) Produtos por definição tendencialmente gratuitos nos pontos de venda;
- (●) Concentração de mercado e de poder do lado da oferta (comprador de serviços controla e regula o circuito de fornecimento)
- (●) Grau elevado de auto regulação interna;
- (●) Elevado grau de profissionalização e qualidade profissional das suas estruturas de recursos humanos;
- (●) Dificuldade (senão mesmo, impossibilidade técnica) em avaliar o que é o produto e quais os pressupostos básicos da respectiva qualidade do produto;
- (●) A existência real dos “*soft indicators*” (4.02)

(4.02) Os *soft indicators* medem a relação entre satisfação e confiança do utente e a sua “*predisposição para o serviço público*”. O impacto de uma experiência negativa no relacionamento com uma agência oficial é mais devastador (em termos de experiência para o utente) do que qualquer outro efeito positivo de sentido contrário. Daqui que a percepção e expectativa em relação ao “produto público” sejam influenciadas por factores exógenos à própria relação criada e que nada têm que ver com a qualidade da prestação do serviço ou fornecimento do produto.

e que, finalmente, passa por um processo de mudança organizacional com uma forte componente estruturante, da organização tradicional, orientada para as áreas funcionais na dupla direcção entre os dados e as ordens (operações » controlo » planificação) para a “*organização informacional*”, de partilha da informação e orientada pelos processos (operações » direcção) (4.03), eis, portanto e em conclusão, a prova exaustiva da dificuldade da gestão em saúde, pelos vectores de trabalho com que se debate, pelos constrangimentos estruturantes a ultrapassar e também pelos factores de entorno que a determinam – tudo isto, sem o suporte adequado e competente do accionista que parece por vezes defender opções alternativas de gestão, que nem sempre põe em escrutínio público ou sequer explicita convenientemente.

“*Novos*” possíveis actores públicos sucedendo a “*velhos*” outros actores cometem erros repetidos, agora fruto da notória falta de tempo e poder perante as exigências calendarizadas dos credores externos. De facto, o sector público contribuiu para a modernidade dos QUICK WINS, como programas de reformas simples, de curto prazo e com impacto imediato e desejavelmente positivo na respectiva reforma, sempre com o objectivo de “*criar condições*” para as reformas de fundo que tardam.

Os decisores políticos e os burocratas defendem que “*não há tempo!*” e, por isso mesmo, socorrem-se dos QUICK WINS, visando (.) racionalizar os procedimentos administrativos através de uma implementação a curto prazo; (.) sem deixar, entretanto, de pretender ter o enfoque na elevação da qualidade da prestação do serviço público através da ansiada redução do tempo na prestação do serviço, da maior transparência, da expansão do respectivo acesso e dos ganhos de eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

Os resultados obtidos com esta opção são medíocres e mesmo perniciosos para as organizações sujeitas ao respectivo processo, por razões eminentemente estruturantes, em que sobressaem,

(4.03) António Serrano – “ESTRATÉGIA de SISTEMAS de INFORMAÇÃO na SAÚDE” – Lisboa, 28 de Junho

- (●) O total desprezo pela preservação e/ou mudança na cultura das organizações na sua relação com os destinatários finais da sua actividade;
- (●) E porque “*não há tempo*”, o sistemático não envolvimento das estruturas dependentes em termos de comparticipação bottom-up;
- (●) Contraria objectiva e estruturalmente a saudável tendência para o empowerment e o empreendedorismo internos, desmotivando e ultrapassando as lideranças intermédias.

E daqui uma conclusão sempre presente e intrínseca ao relacionamento com / nas organizações do Estado: a contratualização de objectivos de desempenho é quase sempre e sistematicamente um processo de contornos leoninos em termos negociais. Em suma, o Estado e a burocracia não conseguem nem se dispõem de abrir mão do poder asfixiante sobre as estruturas dependentes, tudo regulando, gerindo e controlando, numa manifestação de continua menoridade das respectivas lideranças responsáveis pelas organizações. A afirmação de Kenneth Blanchard é célebre: *the key to successful leadership is influence not authority*, o que de facto não tem tido aceitação nem seguimento na administração pública, cada vez mais seguidista das orientações partidárias detentoras ocasionais do poder e que, por isso mesmo, pretendem impor políticas e estratégias organizacionais sem tempo suficiente de maturação por totalmente dependentes dos tempos de legislatura.

4.2. Um dos Mestres incontestáveis nesta área (4.04) defende que a gestão é, acima de tudo, uma prática construída a partir de doses calibradas de habilidade (fruto da experiência), de arte (pela compreensão assumida dos factos) e ciência (fruto da capacidade analítica detida). E acrescenta uma verdade irrepreensível e facilmente comprovável: se a gestão fosse uma ciência ou uma profissão podíamos ensiná-la a inexperientes fora das organizações – o que é o mais brutal libelo contra muitas das “*verdades*” assumidas nos mais diversos meios.

Não há, de facto, génios “*naturais*” na gestão. A gestão é o resultado da experiência, intuição e sabedoria aplicados na efectiva vontade de gerir com o indispensável entusiasmo pelo negócio ou actividade.

À gestão na (da) saúde são feitas exigências universais do exercício da liderança organizacional que lhe impõem versatilidade, flexibilidade, determinação na avaliação e desenvolvimento das competências organizacionais sob três pressupostos fundamentais:

- (●) OBSESSÃO pelo UTENTE / “CLIENTE”

Do saber e decidir sem contestação o que era melhor para o utente/doente passamos hoje para a interacção proactiva com ele

- (●) PERSPECTIVA ORGANIZACIONAL

A solução encontrada para a estrutura organizacional está estruturalmente interligada com as opções realizadas em termos de coparticipação e envolvimento da estrutura de recursos humanos

- (●) VISÃO e GESTÃO

Saber o que se quer, com quem se quer e quando e como se quer, como a única forma adequada de motivar e liderar as equipas dependentes

Daqui que aos responsáveis máximos se deverá exigir acreditar, confiar e delegar competências nos diversos níveis da estrutura interna com pressuposto do primado do Doente / Utente no sentido de nele se centrar a actividade e os objectivos de gestão; as exigências inadiável processo de mudança e a preservação da cultura e história das organizações como argamassa nuclear de sustentação do processo de mudança transformacional sem rupturas nem fracturas estruturantes.

No fundo e na verdade, “ *No single approach is sufficient to bring about all of the changes needed in health care organizations... A multifaceted approach to organizational change is needed to meet the challenges of the 1990s and beyond. Those leaders who recognize the complexity of health care organizations, who have the vision to empower their staff and employees, who have sound management concepts to guide them, and who are able to work with ambiguity, rather than deny its existence, will have the greatest success. Changes in health care are too complex to be accomplished by individuals working alone. Integrative efforts are essential to meet the challenges ahead.*” (4.05)

Em suma, o grave problema do Estado e dos seus agentes na gestão corrente da saúde é que nunca terão a humildade para aceitar que “*to sustain high performance, organizations must built the capacity to learn and keep changing over time*” (4.06) e, ao contrário, sempre preferem a discricionariedade legislativa para o tentar conseguir, senão mesmo impô-lo.

Como pouco resta vir a ser inventado, nada melhor do que voltar aos Mestres para poder aquilatar o quanto, na gestão e liderança na saúde nos encontramos ainda longe do desejável. Assim (4.07),

- (a) Há que, de uma vez por todas, assumir as diferenças nas organizações de saúde, em termos de *job description*, responsabilidades e âmbito de intervenção entre “gestão / direcção / *management*” e liderança. De facto e em relação a esta última, a definição de uma visão para o futuro e das estratégias necessárias ao suporte da mudança desejável, impõe a comunicação, motivação, inspiração e coresponsabilização das estruturas no sentido de ultrapassar os diversos bloqueios e barreiras que o caminho escolhido terá que ultrapassar.

(4.05) Charns and Tewksbury cited in Service Line Management as a Health Care Management Model

(4.06) McKinsey Quartely- June 2011- Scott Keller e Colin Price – “Organizational Health: the ultimate competitive advantage”

(4.07) Kotter (1990 e 1996)

- (b) Já no que respeita à gestão / direcção / management focamos no planeamento, orçamentologia, organização interna e controlo que produzam os resultados de curto prazo de suporte à implementação das políticas estruturantes.
- (c) Daqui que na saúde, nomeadamente em Portugal, há que (re) definir urgentemente o âmbito e intervenção de cada um dos tipos de agentes, quando de facto se parte hoje da quase anarquia conceptual entre quem e como pode atingir os diversos objectivos enunciados, entre médicos, outros profissionais da saúde, burocratas, gestores e administradores encartados.

E é também o próprio Kotter que ensinou que gerar “*short-term wins*” só pode e deve ser levado a cabo desde que integrado num forte e estruturante processo de mudança que inclui, prioritariamente

- (●) Criação de um sentido de urgência para toda a acção na gestão
- (●) Desenvolvimento da visão e estratégia aplicável ao processo
- (●) Criação de verdadeiras “*coligações*” de liderança numa intervenção de permanente comunicação interna e empowerment
- (●) Consolidar os ganhos e produzir novos ciclos de mudança sempre ancorados na cultura prevalecente

Na verdade e ainda na saúde, estaríamos assim a propor e aplicar uma assumida repartição de responsabilidades e tarefas dentro das organizações nucleares e de base da estrutura em complemento daquelas que, ao nível sectorial e macroeconómico, competirão a outras esferas de atribuição. Mas, para que tudo isso também efectivamente se realize, há que assumir a necessidade intrínseca ao sistema da criação de uma cultura de *entrepreneurship* que se tem pretendido confundir com empresarialização na saúde.

De facto, em contraponto ou complemento ao exercício da gestão corrente, é pela liderança assumida que, no processo de mudança, se consegue gerar o verdadeiro empreendedorismo ao nível dos diversos serviços, unidades e centros de actividade nucleares, pela capacidade de assunção do risco, da criatividade e do processo de contínua mudança organizacional. Só que também isso só será efectivado fazendo “as coisas certas” num enquadramento de motivação e coparticipação das equipas dirigidas. Em suma e quando em exercício de excelência, a celebração do sucesso, numa optica empreendedora na saúde, não pode continuar a revestir-se da mera expressão da “genialidade” do cérebro que faz da saúde o mero campo de desenvolvimento do excelente serviço pessoal da investigação ou da prática clínicas.

Mas será que as organizações nucleares na saúde dispõem dos recursos humanos necessários e suficientes em termos de competências detidas para que se possa propor implementar esta perspectiva eminentemente estratégica da sua actividade e acção? Recapitulemos sumariamente os factores cruciais desta abordagem,

- (●) Foco nos Resultados
- (●) Agilidade processual
- (●) Gestão em permanente inovação tecnológica
- (●) Objectivo de exercício da excelência focalizada no doente-utente

As questões cruciais a responder serão, portanto, as seguintes:

- (a) Haverá alguma actividade / sector económicos em que a estrutura de recursos humanos tenha, à partida, uma formação curricular exercitada e operacionalizada superior às dos profissionais da saúde?
- (b) Haverá algum grupo de trabalho profissional para além da saúde com maior exigência objectiva de exercício de multidisciplinariedade no respectivo funcionamento em termos de objectivos e fins comuns?
- (c) Haverá outros tipos de profissionais com sequer idêntica experiência e obrigatoriedade na capacidade de decisão a curto, médio e longo prazos, a benefício das estruturas onde exercem a sua actividade e dos destinatários finais da sua acção?

Como é óbvio e numa opinião exclusivamente pessoal, a resposta só pode ser negativa para todas estas e outras com elas relacionadas – a saúde contém em si todas as competências suficientes para saber gerir e cumprir com as obrigações e objectivos que lhe sejam definidos, desde que, naturalmente,

- (●) Entendam, se façam ouvir e participem nos programas e políticas que superintendem a gestão das suas unidades, serviços e centros;
- (●) Sejam industriados nos conceitos, ferramentas e procedimentos que devem suportar tecnicamente as decisões a tomar;
- (●) Sejam realmente mobilizados, motivados e incentivados para o processo de delegação de poder de decisão dentro da estrutura da saúde.

4.3. E aqui entra o valor estratégico do processo de contratualização interna e avaliação de desempenho em excelência das unidades, serviços e centros nucleares das organizações de saúde, como processo de controlo dos seus níveis de exigência e de responsabilização, ao incorporar mecanismos de monitorização e avaliação da sua actividade e, através disso, de cumprimento dos objectivos a ela associados (4.08).

O curioso desta questão é ter sido a própria administração pública central, através do processo de avaliação CAP (Common Assessment Framework – Estrutura Comum de Avaliação) como modelo de análise organizacional para organizações públicas de origem e aplicação comunitária europeia com o objectivo de contribuir para a respectiva melhoria contínua de desempenho através do princípio da autoavaliação e integrado na reforma da Administração Pública Portuguesa pelo SIADAP (Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho) que melhor, mais adequadamente e certamente se definiram as premissas básicas para uma *“cultura de benchmarking interno”*,

(4.08) Contratualizar em Saúde. Na Senda dos Resultados. Relatório final 2008. ENSP/ACSS

- (●) Nada mais injusto do que o tratamento igual para desiguais
- (●) Não há nenhum “padrão de qualidade” para estilos de Liderança. O que há são estilos de liderança melhor adaptados às situações vividas (4.10)
- (●) Liderança não é o que se faz às pessoas / seguidores mas sim o que se faz com as pessoas / seguidores

Depois de definidos os parâmetros culturais do processo, faz-se a imediata repartição de culpas. Assim e para a supervisão, o que condiciona o processo é

- (●) Redes de poder interno
- (●) Confusão entre processo de avaliação e processo de fiscalização
- (●) Defesa a *outrance* da imagem dos serviços
- (●) Conjuntura de ansiedade e instabilidade
- (●) Falta de cultura e experiência estratégica,
mas, acima de tudo,
- (●) Falta de visão estratégica das lideranças

Uma vez mais e sintomaticamente, a culpa está por exclusivo nos destinatários das decisões, pela incapacidade em compreender os objectivos das propostas, pelas suas bloqueantes características organizacionais e de motivação. Tudo isto quer dizer que, em paralelo e consequência, a contratualização externa e interna também ficam em crise como solução adequada para a descentralização e responsabilização das lideranças intermédias na estrutura das organizações de saúde? Muito pelo contrário!

(4.10) A recente voragem de despedimentos de gestores europeus – e ainda o caso paradigmático de António Horta Osório que viu o seu lugar em flagrante perigo quando, de facto, adoeceu por excesso de trabalho – veio confirmar que há de facto estilos de liderança melhor ou pior adaptados às situações conjunturais que enfrentam, nomeadamente quando se comparam duas situações: a gestão em “normal” expansão e mudança estratégicas e a de apaga fogo num processo contrarrelógio de reestruturação e *turn-around* organizacional.

A contratualização tem de ser vista como o veículo estratégico e pró-activo privilegiado para influenciar o próprio sistema como um todo, nomeadamente quando se reveste do carater relacional continuado derivado directamente da avaliação dialogante do desempenho e, portanto, pela resposta à questão basilar - como alocar proactivamente os recursos disponíveis. E é isto que tem faltado nos contratos burocraticamente outorgados que pouco mais passam por ser senão isso.

A contratualização é, assim, um meio e instrumento de estímulo saudável da competição entre prestadores, promovendo soluções inovadoras de ajustamento de preços e custos no ponto de encontro entre duas posições negociais: a dos valores esperados na optica do accionista ou da gestão consolidada e a dos valores previstos na optica das lideranças intermédias agente da contratualização. Só que, para isso, tem de se rumar sem desfalecimento no sentido da descentralização da administração da saúde, na regulação da competição e do mercado através da reestruturação da oferta dos serviços de saúde pelo escanhoar corajoso e afrontador dos múltiplos corporativismos e caciquismos regionais. E o objectivo final está à vista: adaptar os recursos financeiros escassos à sustentabilidade, equidade e responsabilidade social do sistema.

A contratualização favorece notoriamente a equidade, a cobertura, a qualidade dos serviços e a avaliação macroeconómica das necessidades do País pela razão simples de que, sendo bem feita e globalmente aplicada, faz a alocação e redistribuição estratégica dos recursos suportadas num valioso mecanismo de mercado de que, quase toda a gente, foge na saúde – a vantagem competitiva. Ou, dito de outro modo, privilegiar o outcome sobre o output e o verdadeiro acrescento de valor em saúde sobre a inércia da imagem pública, prestígio acumulado ou capacidade de lobiismo dos seus agentes tradicionais.

O problema indiscutivelmente mais grave da contratualização em Portugal é que realizar a efectiva e não maquilhada transposição da contratualização externa – hoje realizada através dos contratos-programa outorgados entre as organizações e as administrações regionais de saúde – torna-se crucial credibilizar esses mesmos instrumentos de negociação, para o que estamos, infelizmente, ainda longe por erros sucessivos na forma e conteúdo da abordagem burocrática à contratualização.

4.4. Entretanto, a contratualização interna levanta diversas questões estratégicas fundamentais cuja conceituação prévia deve ser efectuada, sob pena de se cair num vulgar processo de aferição operacional da actividade. Assim,

- (●) O que premiar na opção nem sempre pacífica entre o objectivo de crescimento e o de excelência de desempenho
- (●) Na opção de excelência de desempenho, como definir e sobre que parâmetros a conceituar
- (●) Como medir, muito para além dos resultados operacionais apurados, o desempenho de excelência
- (●) Que metodologias adoptar para criar padrões de aferição e realizar o benchmarking aos casos de referência
- (●) Perante a diversidade de casos a contratualizar e avaliar, como diferenciar riscos e complexidades no respectivo desempenho
- (●) Como alocar incentivos, prémios e/ou recursos suplementares entre destinatários alternativos em desempenho de excelência.

Se a contratualização interna é indiscutivelmente um excelente meio para “*fazer escola*” e exercitar as competências delegadas ou delegáveis, é fundamental que os órgãos superiores de gestão se não transformem no circunstancial ponto de conflito dos diferentes interesses em jogo – para isso, há que definir os termos, meios, responsabilidades e âmbito formal de intervenção das lideranças intermédias.

A importância da contratualização interna como contributo para um processo de regeneração e reversão de todo o sistema de saúde passa pelo entendimento das condições processuais da sua execução:

- a. Através dela passamos de um controlo operacional, histórico e ex post (outputs) para a definição clara e ex ante de objectivos (outcomes);
- b. A contratualização exige e implica um formal e exequível processo de *empowerment* interno nas organizações de saúde, conduzido “*de baixo para cima*”, exigindo comprometimento, participação e coresponsabilização das estruturas dependentes.
- c. Se o doente só aparentemente é o mesmo, então não há departamentos, unidades, serviços ou centros exactamente iguais numa organização de saúde, com o mesmo pacote de objectivos e indicadores a atingir.
- d. Estamos perante uma verdadeira e efectiva negociação entre partes e não numa imposição leonina do poder instituído que, a prevalecer, destrói o projecto de contratualização interna.

Finalmente, temos de ressaltar o carácter estruturante de longo prazo do processo de contratualização interna – no sentido de que, depois de desenhado e implementado, passa a ser parte integrante, de cultura e processo da gestão das organizações. Isto acontece prioritariamente pelo carácter dinâmico do respectivo ciclo de Deming :

Planear

Definir os objectivos e determinar a metodologia aplicável para os atingir

Actuar

Mobilizar, coresponsabilizar e coparticipar a estrutura no processo

Implementar a logística do processo de contratualização

Conferir

Verificar os resultados alcançados - o que se fez de certo e errado

Actuar

Tomar as decisões adequadas - rever o que se fez de errado e incorporar num novo ciclo o que merece ser considerado como certo

4.5. Poder é a capacidade de afectar e condicionar o comportamento das organizações, sendo estas o instrumento e campo eleito da negociação e concretização de múltiplos e díspares objectivos (4.11).

No caso da saúde, os agentes de influência (4.12) das múltiplas coligações internas de poder têm sofrido uma evolução notória: da perca relativa do domínio absoluto sobre as tecnologias (pela chegada ao sector e ao mercado de múltiplos e diversificados contributos disciplinares não exclusivamente clínicos) para a urgente necessidade do desenvolvimento de competências de gestão. Uma consequência disto parece ser a evidência empírica de o poder efectivamente detido em saúde (cujas principais fontes de exercício - controlo e direitos e privilégios auferidos - são defendidos à exaustão) não se ter erodido tanto como a autoridade – dito de outro modo, o sentido de missão que parcialmente também sustenta o poder na saúde tem-no preservado (até quando?) dos constantes e avassaladores avanços da autoridade de coligações externas com o objectivo de a repartir ou mesmo perder. Este aspecto diconomótico na avaliação entre poder e autoridade tem repercussões no sistema de “delivery” dos serviços clínicos. Na verdade (4.13),

(●) É já imparável o processo de reconversão e integração da actividade médica solitária, individualista e tecnicamente inquestionável em grandes conglomerados empresariais em que a individualidade clínica se dilui rapidamente no franchisado “*guarda-chuva*” protector económico do projecto integrado de ordem económica;

(●) Por causa disso, sobressaem os inultrapassáveis objectivos económicos da racionalização da produção, minimização dos custos e maximização dos proveitos integrados das organizações;

(4.11) Power in and around organizations – Henry Mintzberg – edição em castelhano – 1992 – Editorial Ariel

(4.12) Hirschman – Exit, Voice and Loyalty : responses to decline in firms, organization and states. Harvard University Press – 1970).

(4.13) David Walczak – “Rationalization and Deprofessionalization of Physicians” – Social Forces – Vol. 67 – 1 - 1988

(●) E a verdade é que mesmo os profissionais da saúde que querem manter a *outrance* a sua independência e autonomia não conseguem fugir às exigências de empreendedorismo da respectiva actividade, o que é sem sombra para dúvidas uma muito recente perspectiva para o sector.

Esta falta de coerência do processo de decisão é flagrante: apesar das opções e objectivos já ultrapassarem a capacidade das coligações internas, a verdade também é que ainda é grande a dificuldade dos agentes externos (stakeholders principais) para impor os seus objectivos suportados por exclusivo na autoridade.

Apesar de constituírem duas abordagens distintas (4.14), o processo do exercício do poder na saúde está intimamente relacionado com o da liderança, considerando esta como um processo e não uma posição (4.15), já que a interacção entre o líder e os seus seguidores é condição nuclear para a exercitar com sucesso. Apesar de já referido, é importante recordá-lo - há um benefício / consequência colaterais importantes da experiência adquirida da profunda recessão verificada nos USA e Europa desde 2007 e que não é mais do que o reforço da teoria de contingência, no sentido de que não havendo um modelo padrão de liderança, aplicável indiscriminadamente em qualquer situação, a sua selecção e aplicação práticas devem privilegiar o respectivo estilo e adaptabilidade ao enquadramento pretendido. Dito de outro modo, é da análise comparada, objectiva e profunda entre as características críticas do líder e dos aspectos cruciais do enquadramento a liderar que se tem maior probabilidade de acertar com a solução (4.16).

(4.14) J.M. Burns – Leadership – Harper & Row - 1978

(4.15) Leadership – Enhancing the Lessons of Experience – Richard L. Hughes, Robert C. Ginnett e Gordon J. Curphy – Irwin McGraw-Hill – 1999. “ A difference between boss says Go! and the leader says Let’s Go! is more than just calculation and planning ... even though rational analysis can enhance good leadership.

(4.16) No caso da gestão da saúde isso é uma evidência elementar. O falhanço de gestores profissionais, alguns com inquestionável experiência faz com que, hoje, haja organizações do SNS reactivas a qualquer papel relevante de profissionais da gestão na sua actividade corrente.

O exercício do poder através de uma liderança conseguida traduzir-se-á na capacidade de executar um processo de mudança pela influência comumente aceite sobre as atitudes, valores e comportamentos da estrutura, como expressão da cultura subjacente da própria organização. Por isso mesmo, cada vez se acredita menos na capacidade de mobilização e sustentação da liderança transaccional e se pugna por uma efectiva e conseguida liderança transformacional (4.17) na qual também não há que ter qualquer ilusão – hoje, a liderança, como processo, exige a presença de grupos coesos, assumidos e comprometidos de liderança, para cujo equilíbrio e eficácia contribuem inequívocos factores transaccionáveis de negociação / contratualização

A necessidade de gerar, promover e acautelar a liderança transformacional está intimamente relacionada com os tipos de líderes não institucionais, das unidades e/ou de linha da frente no contacto e prestação do serviço ao doente. Na verdade, o líder institucional, tão característico das estruturas em saúde, tem contra si dois inconvenientes graves: em primeiro lugar, o natural desenquadramento geracional que não lhe concede o vigor e a energia suficientes para verdadeiramente liderar projectos; em segundo lugar, a liderança institucional é, quase por definição, autossuficiente, surda às opiniões que não sejam do *mainstream* onde ela se movimenta por excelência e, quantas vezes, implacavelmente prepotente na gestão dos seus relacionamentos internos.

O provérbio chinês “*diz-me e eu esquecerei; mostra-me e talvez me lembre; envolve-me e seguramente entenderei*” será a expressão sintética de uma abordagem estruturalmente cultural às organizações. De facto, a cultura das organizações não é autossustentável, no sentido de depois de adquirida não precisar de ser adubada e desenvolvida – o que só é possível através da liderança assumida e aceite pelos diversos grupos seguidores.

(4.17) A diferença entre uma e outra reside, em síntese, no carácter também transitório de trade-off da primeira (e, portanto, no pressuposto de que a sua sustentabilidade decorre em primeira linha do tipo de “relação negocial” mantida entre a liderança e seguidores) e a segunda sustentada na visão proposta para um diferente enquadramento organizacional através dos valores comuns que caracteriza ambos e que supervisionarão a mudança desejada.

A cultura vale preferencialmente como um processo de transmissão geracional de valores no velho sentido de “*fazer escola*”. De facto – e na saúde em Portugal isso é, cada vez mais verdade! – a observação regulada e orientadora dos diversos tipos de interacção, a assunção e comparticipação dos valores comuns, a explicitação sem ambiguidades das “*regras de jogo*” e o clima organizacional são os vectores culturais cruciais de uma liderança conseguida. Correm-se alguns riscos com esta abordagem, o principal dos quais o excesso demagógico de uma liderança “*asfixiante*” que pode tender a definir, controlar e manipular as competências que julga mais demonstrativas da respectiva excelência, através do poder algumas vezes discricionário sobre paradigmas de actuação e pensamento de puro conteúdo de unicidade organizacional.

No caso da saúde em Portugal, todas estas questões, embora quase sempre presentes, a verdade é que a prática os ostraciza de forma quase deliberada. A primeira razão deriva do onipotente accionista: “ ... *Na administração pública portuguesa sempre se sobrevalorizaram os instrumentos legislativos como estratégia de mudança. Elabora-se a lei e espera-se que a realidade se lhe adegue. Mas como a lei não contém os instrumentos de avaliação da sua própria eficácia, quase sempre não se atingem os efeitos previstos ...* ” (4.18) ou, no caso concreto dos hospitais, “...*O hospital repercute e traduz nas suas escolhas políticas as orientações políticas gerais, e reflecte, de acordo com a configuração própria da sua estrutura de poder, as relações de força entre os grupos detentores das principais formas de poder social, constituindo assim um espaço de acção de grupos cujos fins, legitimidade e quadros de referência não se localizam apenas no hospital ...*” (4.19)

(4.18) A esta realidade alguém chamou a dominância do normativismo sobre o desenvolvimentismo. Chama-se António Correia de Campos e escreveu-o 20 anos antes de ser Ministro da Saúde.

(4.19) Graça Carapinheiro – Saberes e Poderes no Hospital – Tese de Doutoramento - Edições Afrontamento – Centro de Estudos Sociais – 2005

Uma solução sustentável para a regeneração da gestão em saúde passa por uma assumida liderança clínica como a única força possível de gerar e melhorar os outcomes para o paciente (4.20). Partindo-se do princípio aceite do “delivering excelente care” não é possível encontrar solução alternativa à identidade profissional e accountability dos profissionais clínicos para liderar o respectivo processo, em termos eminentemente técnicos mas também gestionários. E é a investigação que o comprova (4.21): a diferença no desempenho de hospitais com e sem participação clínica ao mais alto nível da respectiva gestão é de 50% nos principais indicadores de desempenho, pela mais focada atenção na qualidade clínica, no aprofundamento das relações interprofissionais e na propensão manifestada à mudança e ao aprofundar das diversas competências em jogo.

Só que também nem sempre os próprios Médicos encontram razões de peso suficiente para justificar o seu assumido envolvimento na liderança das respectivas organizações, e isto por

- (●) Uma opção deliberada pelo valor do tratamento do doente versus o discutível valor do exercício da liderança, nem sempre considerado como maior e vital para a sobrevivência do sistema, principalmente quando por tal exercício se obrigam a contribuir, “*violentar*” ou solidarizar com decisões gestionárias nem sempre adequadas ao tradicional entendimento do desempenho do exercício clínico;
- (●) Em segundo lugar, o efectivo incentivo à assunção do risco da liderança ser fraco ou quando menos negativo, em particular quando visto numa perspectiva de médio / longo prazos de defesa da carreira clínica – aliás, este problema é grave e presente nos hospitais universitários, onde a sobreposição asfixiante dos poderes funcional e académico conflituam em permanência no funcionamento normal da organização;

(4.20) James Mountford e Caroline Webb – “When Clinicians lead” – The McKinsey Quarterly – Health Care – February 2009, cita exemplo clássico do Kaiser Permanente (USA) e do seu líder Jack Cochran que redefiniu o papel dos médicos como “Healer, Leader e Partner”

(4.21) Pedro J. Castro, Stephen J. Dorgan e Bem Richardson – “A healthier Health care system for the United Kingdom” – McKinsey Quarterly – London School of Economics - February 2008

(●) Por último, a falta de informação e preparação curricular dos médicos para o exercício profissionalizante da liderança, cujas competências são tidas como não cruciais no respectivo desenvolvimento curricular. A consequência disso é tentar conseguir-se pela prática forçada do desempenho o que devia ter sido uma intervenção proactiva de formação.

A indiscutível relação de interdependência entre liderança eficazmente exercitada e a excelência de desempenho das organizações pode e deve ser desenvolvida através de medidas quase elementares de funcionamento corrente das organizações. Em primeiro lugar, disseminar o gosto pelo acesso à informação de gestão credível e qualificada, à respectiva análise e discussão, como meio de excepção para promover a intercomunicação e participação cada vez mais profícuas entre os seus quadros. Em segundo lugar, ao assumir-se que a liderança é um exercício para quem sabe e gosta, as organizações devem corajosamente definir os diferentes critérios e quadros cruciais de conceituação do seu desempenho, sem cerimónias nem pruridos de ofender valores tidos como tradicionalmente assumidos mas hoje desfasados e sem utilidade para as suas reais necessidades de gestão.

4.6. Nem sempre se admite que as “*falhas de mercado*” não são um exclusivo da saúde, nomeadamente no que respeita a

- (●) escassez ou distorção da oferta e de recursos que condicionam as regras de funcionamento normal do mercado, gerando alterações artificiais de custos e preços;
- (●) Assimetria na informação, com a consequência da selecção adversa ou procura induzida que, em alguns casos, são promovidas e/ou incentivadas pelo Estado prestador / accionista / financiador / regulador;
- (●) A ultrapassagem do problema estruturante mais grave da gestão da saúde que se traduz na impossibilidade de prever em quaisquer circunstâncias a procura dos serviços de saúde.

Haveria, assim, que encontrar o núcleo central da atenção da gestão em saúde que é uma questão transversal e de plena actualidade nos principais sistemas de saúde. E quando Michael Porter decidiu incluir a saúde entre os campos da sua investigação (4.22), houve de imediato duas reacções: a primeira foi considera-lo o *parvenu* sem currículo que extravasa para a saúde o que julga saber de outras áreas da sua especialidade; a segunda, ainda algo prevalecente, foi o alerta para o facto de as suas ideias se aplicarem por exclusivo à realidade americana.

E assim se menosprezaram e depreciaram contributos substituindo-os pela fobia do controlo cego dos custos na saúde, que como seria fácil de antever (4.23), se foi progressivamente agravando como solução prevalecente do que não passou do acumular de dois factores: o primeiro, a displicência e atraso no enfrentar do problema, fruto óbvio da percepção do que tal acarretaria em termos de perda de suporte eleitoral; o segundo, a mais fácil identificação dos “*suspeitos do costume*” em que os profissionais da saúde, com alguma ingenuidade, se deixaram enredar.

Muito mais do que qualquer atributo de panaceia para a resolução do problema, a contribuição de Michael Porter teve uma efectiva importância estruturante, embora não seguida pela generalidade dos nossos decisores políticos:

- (●) O primeiro e eventualmente o principal contributo foi o primado da perspectiva estratégica como solução proposta;
- (●) Depois, o recentrar da “*revolução*” nos sistemas de saúde: a discussão suportada no valor gerado para o utente / usurária e, subjacente, o conceito da vantagem competitiva;

(4.22) Michael Porter e Elizabeth Olmsted Teisberg – “Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results” – Harvard Business School Press – 2006

(4.23) É muito difícil de aceitar que sucessivos decisores na saúde desconheçam o que normalmente se aprende no primeiro semestre do primeiro ano de qualquer mediano curso de economia: todo e qualquer programa de tentativa de melhoria da eficiência no funcionamento das organizações apresenta sempre rendimentos decrescentes, ao lhe serem exigidos crescentes e cada vez menos comportáveis níveis de esforço.

- (●) E tudo isto através da “des-operacionalização” da atenção gestionária, pelo foco e prioritária atenção aos outcomes produzidos que, afinal, serão a melhor expressão do aumento de valor para o paciente.

Em suma e por palavras próprias (4.24) *“The central focus must be on increasing value for patients ... the only way to truly contain costs in health care is to improve outcomes ! ... Good outcomes that are achieved efficiently are the goal, not the false “savings” from cost shifting and restricted services ... Our system rewards those who shift costs, bargain away or capture someone else’s revenues, and bill for more services, not those who deliver the most value ... The focus is on minimizing the cost of each intervention and limiting services rather than on maximizing value over the entire care cycle. Moreover, without comprehensive outcome measurement, it is hard to know what improves value and what does not ... Outcomes of care are inherently multidimensional, including not only survival but also the degree of health or recovery achieved, the time needed for recovery, the discomfort of care, and the sustainability of recovery ... We need to measure true health outcomes rather than relying solely on process measures.”*

4.7. Algum conforto se terá ao constatar, afinal, que erros e opções nomeadamente quanto à contratualização interna e externa em saúde têm um cunho algo sistémico na decisão dentro dos diferentes sistemas de saúde, em particular os mais evoluídos? Se assim for, fraca compensação se obtém, quando “parece” desconhecer-se que nos confrontamos com doentes e doenças, a merecerem, por isso mesmo, uma actuação eficaz e certa na resolução dos problemas do sistema.

Na verdade, tudo isto parece traduzir uma evidência comezinha da gestão corrente e do obrigatório conhecimento de um qualquer mediano gestor profissional: a diminuição dos custos, só por si, não melhora *ipsis verbis* e instantaneamente a eficiência no funcionamento das organizações; ao contrário, é pela melhoria da eficiência que se consegue baixar os custos (4.25). Só que nunca chegou, em parte nenhuma, o privilegiar do primado da eficiência para se atingir a excelência do desempenho, e muito menos na saúde – no sentido de um procedimento tecnicamente eficiente utilizar a *“combinação menos custosa para atingir o resultado desejado”*, sendo portanto uma importante mas não decisiva *“medida da produção de resultados por unidade de recursos utilizados”* (4.26).

O principal problema da efectiva diferenciação técnica do serviço de saúde e, consequentemente, de todo o respectivo processo de contratualização e afirmação das suas lideranças estará na morosíssima transferência de uma perspectiva exclusivamente operacional (eficiência - de output's – estarmos a fazer bem as coisas?) para uma outra, intrinsecamente estratégica e vocacionada para medir o valor para o utente (eficácia - de outcome's – estamos a fazer as coisas certas?) em que os resultados de excelência pretendidos (visão das lideranças) são postos à prova pelo confronto com a aproximação (ou não) à realidade efectivamente vivida.

Este objectivo de eficácia tem sido protelado, distorcido e minorado na saúde em Portugal sob diversas formas e pretextos, o principal dos quais será a *“dificuldade”* em encontrar sistemas e indicadores para a sua monitorização (4.27)

(4.25) Querer obrigatoriamente conhecer, nos tempos que vão correndo, as verdadeiras intenções de qualquer empresário quando inicia um processo de despedimentos é exigir-lhe a explicitação e concretização das outras medidas que vão propiciar a efectiva eficiência económica no funcionamento da organização

(4.26) Miguel Vieira – “Eficiência Técnica Hospitalar: estudo comparativo” - 1996

(4.27) Um caso é geralmente conhecido por ser um projecto com uma previsão de anos de implementação com a apresentação de até duas especialidades clínicas por ano. Os Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos são 47 (quarenta e sete), com 12 subespecialidades!

Ora, a verdade é que hoje, a par dos indicadores de desempenho clínico assumidos como fiáveis e de obtenção assegurada, a eficácia só tem um problema metodológico a ultrapassar quando se pretende avaliá-la – gerar uma efectiva perspectiva do utente / doente, sem interferências nem promiscuidades da influencia interna para a sua extração. No fundo, a real e verdadeira eficácia dos serviços, unidades e centros das organizações de saúde mede-se através de

Qualidade dos cuidados
Satisfação do doente
Atitude e comportamento dos RH's
Resultados financeiros
Adaptabilidade / Sobrevivência

Em suma, a necessidade do controlo sobre o crescimento das despesas em saúde tem de passar por uma dupla abordagem ,

- (●) Operacional – de output's - pela maior eficiência na utilização dos recursos disponibilizados
- (●) Estratégica – de outcome's - pela reposta efectiva, estrutural e de longo prazo às necessidades de saúde, em todos os seus aspectos mais relevantes

à qual se junta um relativo consenso no tocante ao respectivo financiamento se realizar com base no pagamento dos serviços de saúde efectivamente prestados e previamente contratualizados, ao nível de episódio, na aceção não de um acto clínico único mas como o ciclo de prestação integrado dos cuidados.

O Pay-For-Performance (P4P) é o resultado natural desta abordagem ao pretender fazer os pagamentos com base na “*evidência de saúde*” e não na mera e simples produção, com a consequência nada displicente de pretender diferenciar o financiamento a partir dos resultados obtidos em saúde. Tal processo decorre ainda de um pressuposto estruturante que decorre do relacionamento do sistema com o utente: se o exercício da excelência e da qualidade não estão relacionados com incentivos (financeiros ou outros) os comportamentos dos agentes não mudam.

Dito de outro modo, o reporte dos indicadores de qualidade sem impacto financeiro não altera os comportamentos dos prestadores. Entretanto, a contratualização e o P4p em particular têm, de facto, de ser manipulados como verdadeiro “material inflamável” no relacionamento interno das organizações. De facto, no P4P menos de 5% desempenho dos gestores seniores gestores pode ser explicado pelos incentivos financeiros. Pelo contrário, quando suportado numa obrigação interna definida ou numa norma intrínseca de cumprimento 30% da melhoria de desempenho é delas uma consequência directa (4.28).

E também aqui que o papel executivo das lideranças intermédias se dá como fundamental no controlo de danos dos possíveis efeitos colaterais do P4P, traduzidos no que foi conceituado como o “*crowding-out effect*” (4.29) quando o incentivo financeiro pode ser entendido e passivamente aceite como veículo de controlo negativo ou de suporte do trabalho e autonomia profissionais desenvolvidos. Em alternativa e pelo “*crowding-in effect*”, o conjunto de incentivos negociados só merece a pena ser desenvolvido desde que assumida o desigual valor acrescentado e, portanto, a retribuição pela produtividade de excelência, avaliada em todos os seus aspectos mais representativos.

(4.28) Katharina Janus – Pay-for-Performance does not always “Pay” – Eurohealth – Vol. 17 – nº 4 – 2011

(4.29) BS Frey - “Not just for the Money: an economic theory of Personal Motivation” – 1997.

Terminada em

04 de Março de 2012

QUADROS

01	Objectivos para a Convergência de melhores desempenhos
02	Objectivos Regionais
03	Google - 11.09.2007 / entradas
04	Corporate Governance na saúde

SIGLAS

ACES	AGRUPAMENTO de CENTROS de SAÚDE
ACSS	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL do SISTEMA de SAÚDE
ADSE	DIRECÇÃO GERAL de PROTECÇÃO SOCIAL aos FUNCIONÁRIOS e AGENTES da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
ARSLVT	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAÚDE LISBOA e VALE do TEJO
ARSN	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAÚDE do NORTE
CAP	COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK
CSP	CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS
CRN - OM	CONSELHO REGIONAL NORTE – ORDEM dos MÉDICOS
ENSP	ESCOLA NACIONAL SAÚDE PÚBLICA
EPE	EMPRESAS PÚBLICAS EMPRESARIAIS
GDH	GRUPO de DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEO
MCDT	MEIOS COMPLEMENTARES de DIAGNÓSTICO e TERAPEUTICA
NPM	NEW PUBLIC MANAGEMENT
OE	ORÇAMENTO do ESTADO
OPSS	OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS dos SISTEMAS de SAÚDE
P4P	PAY-for-PERFORMANCE
PNS	PLANO NACIONAL de SAÚDE
PPP	PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS
SIADAP	SISTEMA INTEGRADO de AVALIAÇÃO de DESEMPENHO
SNS	SERVIÇO NACIONAL de SAÚDE
TdC	TRIBUNAL de CONTAS
ULP	UNIVERSIDADE LUSÓFONA do PORTO
USF	UNIDADE SAÚDE FAMILIAR
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION
WHR	WORLD HEALTH REPORT

REMISSÕES por TEMAS

	<u>P Á G I N A S</u>							
ACRESCENTO VALOR para o ACCIONISTA	011	084						
CIRCULO VIRTUOSO CRESCIMENTO INESGOTÁVEL	077							
CONTRATOS-PROGRAMA actualidade	024	049	051					
CONTRATUALIZAÇÃO, PODER e GESTÃO	039	095	098					
CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA valor estratégico	079	103	105					
CUIDADOS SAÚDE – BEM / DOENTE	085							
DECISÕES POLÍTICAS ESTRATÉGICAS na SAÚDE 2000 / 2006	032	042						
DESPESAS em SAÚDE – WHO	066							
DIFERENCIAÇÃO MÉDICA	016	061	116					
DOENTE – VOZ e ESCOLHA	089							
ECONOMIA da SAÚDE	071	074						
EMPREENDORISMO na SAÚDE	083	101						
ESPERA para CONSULTA - ESPECIALIDADES	039							
GASTAR MUITO ou GASTAR MAL em SAÚDE	057							
GESTÃO, GESTORES e LIDERANÇA em SAÚDE	013	047	070	076	084	095	098	109
GOVERNAÇÃO em SAÚDE	080	091						
INFORMAÇÃO (ASSIMETRIA) em SAÚDE	093							
INVESTIMENTOS na SAÚDE – irracionalidades	063							
MEMORANDO ENTENDIMENTO TROIKA para a SAUDE	040	044						
MERCADO em SAÚDE	096	113						
MICHAEL PORTER uma perspectiva cada vez mais crucial	114							

MUDANÇA e DELEGAÇÃO de COMPETÊNCIAS	099	
NEW PUBLIC MANAGEMENT	081	
NOTÍCIAS - endividamento e prejuízos / 2008 - 2011	052	
OBJECTIVOS REGIONAIS uniformidade injustificada	027	
ORÇAMENTO do ESTADO – 2012	023	
OPSS - Relatórios Primavera	034	
PAY-FOR-PERFORMANCE em SAÚDE	117	
PONTO de SACIEDADE em SAÚDE	086	
PRINCIPIOLOGIA aplicada à SAÚDE	018	
PRINCÍPIOS da desejada REVOLUÇÃO INTERNA no SNS	017	
PRIVATIZAÇÕES na SAÚDE – ESPECIALIDADES MÉDICAS	062	
QUICK WINS	097	
RECURSOS HUMANOS Gestão em Saúde	052	
REFORMA HOSPITALAR	033	
REORDENAMENTO HOSPITALAR - ARSN	059	
SAÚDE como ACTIVIDADE ECONÓMICA	067	
SISTEMAS de INFORMAÇÃO em SAÚDE	050	087
SISTEMA de SAÚDE e SISTEMA de CUIDADOS de SAÚDE	072	
SNS cenários evolução	035	043
SNS sustentabilidade / insustentabilidade	031	
SNS diagnóstico funcionamento	036	063
SNS gestão financeira	058	
SNS reestruturação da oferta	062	
SNS resultados operacionais – Norte versus Sul	016	024
SOFT INDICATORS	096	

SUB-ORÇAMENTAÇÃO	069
TRIBUNAL de CONTAS Relatórios e Auditorias na Saúde	044
USF's exemplo de desempenho	029
VALUE for the MONEY	076
VANTAGEM COMPETITIVA em SAÚDE	114
VENDA (MOMENTO) em SAÚDE	085

BIBLIOGRAFIA GERAL

ARS Norte	Circular da Cortesia – Administração Regional de Saúde / Norte - 2007
ARSLVT – Grupo Trabalho	Governança dos Hospitais / 2009
BURNS (J.M.)	Leadership – 1978
CARAPINHEIRO (Graça)	Saberes e Poderes no Hospital – Tese de Doutoramento - Centro de Estudos Sociais – 200
CARVALHO (Mário Jorge))	Gestão e Liderança na Saúde - Uma abordagem Estratégica (2008) - Vida Económica
CASTRO (Pedro) e outros	A healthier Health care system for the United Kingdom” – McKinsey Quartely – LSE - February 2008
Del NERO (Carlos)	O que é a Economia da Saúde
DRUCKER	Obra completa
EISENBERG WHITE PAPER SERIES	Communicating the Uncertainty of Harms and Benefits of Medical Interventions - Mary C. Politi, PhD, Paul K. J. Han, MD, MA, MPH, Nananda F. Col, MD, MPP, MPH, FACP (2007)
ENSP / ACSS	Contratualizar em Saúde. Na Senda dos Resultados. Relatório final 2008
FREY (BS)	Not just for the Money: an economic theory of Personal Motivation - 1997.
GONÇALVES PEREIRA (Carla)	Liderança e Gestão do Risco no Corporate Governance
GRUPO TECNICO QUALIDADE HOSPITAIS	Despacho nº 10601/2011
HARFOUCHE (Ana Paula)	Hospitais transformados em empresas – análise do impacto na eficiência: estudo comparativo – 2008
HIRSCHMAN	Exit, Voice and Loyalty : responses to decline in firms, organization and states. Harvard Press – 1970
HUGHES (Richard L.) e outros	Leadership – Enhancing the Lessons of Experience - 1999
KELLER (Scott) e PRICE (Colin)	Organizational Health: the ultimate competitive advantage - McKinsey Quartely- June 2011
KOTTER	Obra completa
JANUS (Katharina)	Pay-for-Performance does not always “Pay” – Eurohealth – Vol. 17 – nº 4 – 2011
MATEUS (Abel)	Conferência - “Concorrência, Eficiência e Saúde” - FMUP, Porto
MINTZBERG	Obra completa
MOUNTFORD (James) e WEBB (Caroline)	When Clinicians lead – The McKinsey Quarterly – Health Care – February 2009
NATIONAL IMPATIENT PRIORITY INDEX	Ten Issues Most Highly Correlated with Likelihood of Recommending the Hospital - 2004
OPSS – ENSP	Relatórios da Primavera – 2004 a 2011
OCDE	Health System Priorities when money is tight – 2010

PORTER (Michael) e TEISBERG (Elizabeth)	Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results – HBS Press – 2006
PORTER (Michael)	A Strategy for Health Care Reform – Towards a Value- Based System – June 3, 2009, NEJM.org
REED (Carolyn)	Patient versus Customer, Technology versus Touch: where Has Humanism Gone? – 2008
REGO (Guilhermina)	Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao sector da saúde – 2008
SERRANO (António)	ESTRATÉGIA de SISTEMAS de INFORMAÇÃO na SAÚDE
TRIBUNAL de CONTAS	Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão e Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE – período de 2001 a 2004 – Relatório nº 20/06 – Processo nº 47/05 – Audit;
TRIBUNAL de CONTAS	Auditoria Orientada à Situação Económico-Financeira do SNS – 2008 – Relatório de Auditoria nº 54/09-2ª S – Processo nº 32/09 – Audit;
TRIBUNAL de CONTAS	Auditoria de Resultados à Contratualização Externa de Serviços Médicos pelas Unidades Hospitalares do Serviço nacional de Saúde – Relatório nº 19/2010 – Processo nº 29/2009 Audit;
TRIBUNAL de CONTAS	Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE – Relatório nº 17/2011 – 2ªS – Processo nº 20/10 – Audit.
VIEIRA (Miguel)	Eficiência Técnica Hospitalar: estudo comparativo” - 1996
WALCZAK (David)	Rationalization and Deprofessionalization of Physicians – Social Forces – Vol. 67 – 1 - 1988
