

Novos rumos para a Saúde

Por Rodrigo Adão da Fonseca

Nota inicial: Este texto corresponde a uma contribuição para o debate sobre Saúde a lançar no âmbito do Fórum "Portugal de Verdade", promovido pelo PSD. Este texto não traduz nenhuma posição partidária, vinculando apenas o seu autor.

Introdução:

Portugal confronta-se hoje com um significativo aumento das despesas com saúde: segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), entre 1990 e 2006 - últimos dados disponíveis os nossos gastos em saúde cresceram mais do que o Produto Interno Bruto (PIB), absorvendo já, em 2006, 10,2% da riqueza anualmente produzida (bastante acima da média da OCDE, que é de 8,9%):

<http://www.oecd.org/dataoecd/42/9/40902483.xls>



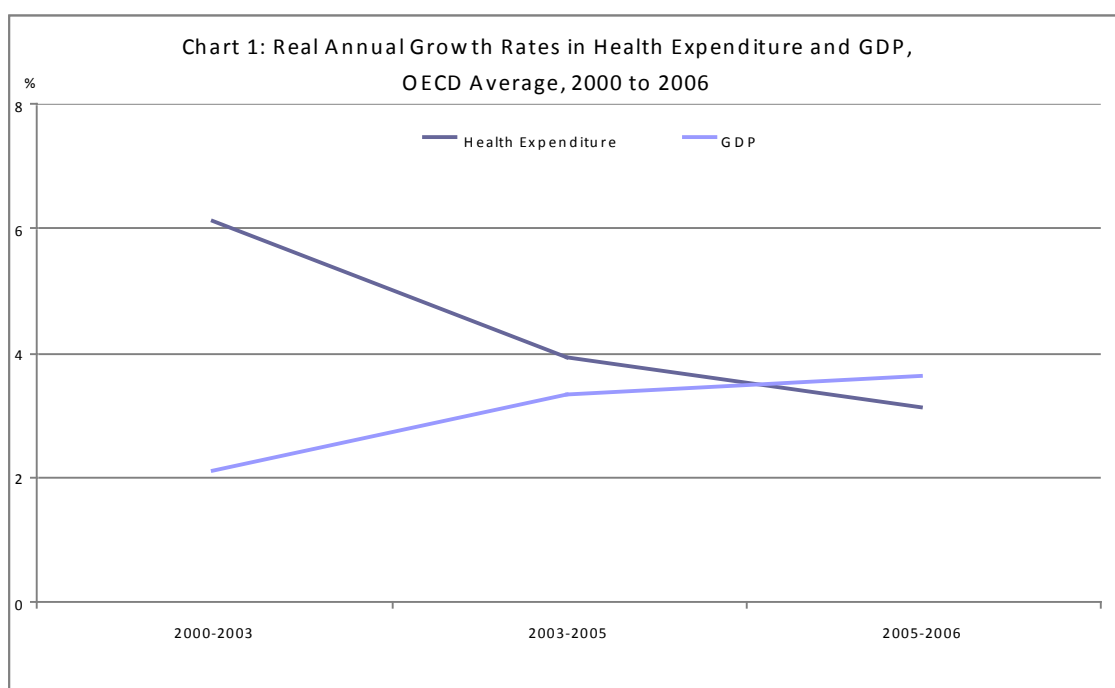
Como se pode constatar pelo gráfico acima, ou pela análise do quadro que se junta, Portugal ocupa, no universo dos países da OCDE, o 6.º lugar em termos de gastos de saúde face ao PIB:

(http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_34631_40902299_1_1_1_37407,00.html)

2006 Total Expenditure on Health			
	Total exp. on health % GDP	Public exp. on health % GDP	Private exp on health % GDP
United States	15.3	7.0	8.3
Switzerland	11.3	6.8	4.5
France	11.1	8.9	2.3
Germany	10.6	8.1	2.4
Belgium (1)	10.4	7.2	2.7
Portugal	10.2	7.2	3.0
Austria	10.1	7.7	2.4
Canada	10.0	7.0	3.0
Denmark (1)	9.5	7.6	1.5
Netherlands (2)	9.3	7.6	1.7
New Zealand	9.3	7.3	2.1
Sweden	9.2	7.5	1.7
Greece	9.1	5.6	3.5
Iceland	9.1	7.5	1.6
Italy	9.0	6.9	2.0
OECD	8.9	6.5	2.4
Australia (3)	8.8	5.9	2.9
Norway	8.7	7.3	1.4
Spain	8.4	6.0	2.4
United Kingdom	8.4	7.3	1.1
Hungary	8.3	5.9	2.4
Finland	8.2	6.2	2.0
Japan (4)	8.2	6.7	1.4
Ireland	7.5	5.9	1.6
Luxembourg	7.3	6.6	0.7
Slovak Republic (4)	7.1	5.3	1.8
Czech Republic	6.8	5.9	0.8
Mexico	6.6	2.9	3.7
Korea	6.4	3.5	2.9
Poland	6.2	4.3	1.9
Turkey (4)	5.7	4.1	1.6
Source OECD HEALTH DATA 2008, June 08			

Em 2004, Portugal ocupava já a 8.ª posição, absorvendo a Saúde nessa data 10% do PIB.
(<http://www.oecd.org/dataoecd/5/28/36992150.pdf>)

Assim, Portugal passou, de 2004 para 2006, do 8.º para o 6.º lugar, de 10% para 10,2% do PIB em gastos com Saúde, num quadro em que a tendência aponta para a tentativa de moderar a despesa com saúde:
(<http://www.oecd.org/dataoecd/42/9/40902483.xls>)



Vários factores explicam este fenómeno: a introdução de novas tecnologias, a melhoria significativa do nível da prestação dos cuidados e saúde, o aumento das expectativas dos cidadãos em relação à prestação.

O envelhecimento da população tem contribuído também para pressionar as Finanças Públicas; e o cenário, neste particular, tende a agravar-se: nos Estados Unidos, o consumo de cuidados de saúde dos reformados é 3 a 4 vezes superior ao consumo de um adulto na idade activa. Ora, estima-se que em 2030 a percentagem de pessoas acima de 65 anos represente 20% da população – quando, em 2000, ascendia a 12%; na Europa, esta realidade é ainda mais crítica: hoje, o rácio de pessoas activas em comparação com as de idade superior a 65 anos é de 4 para 1; em 2050 estima-se que seja de 2 para 1. Em Portugal, a evolução não deverá ser muito distinta daquela que se apresenta para a Europa, conhecida que é a nossa actual pirâmide demográfica.

Mas os factores supra-mencionados são incontornáveis, boa parte deste aumento da despesa não se traduz numa melhoria os cuidados, ou na indispensabilidade de cobrir necessidades concretas, representando recursos públicos que são aprisionados pelos vários agentes que integram o sector da Saúde.

A crise financeira que atravessamos e as dificuldades orçamentais crónicas do nosso Erário Público vieram colocar o controlo da despesa na primeira linha das prioridades governativas, obrigando os diversos executivos, sob risco de falência efectiva, a tomarem medidas urgentes. Ao contrário daquilo que por vezes surge mediatizado, as mudanças impõem-se para lá da ideologia e das concepções que tenhamos sobre equidade e justiça, já que o actual modelo não é, ipso facto, financeiramente sustentável num futuro muito próximo. Se esta constatação da dura realidade dos factos nos impõe mudanças urgentes, este é portanto o momento adequado para se reflectir sobre o rumo a seguir.

O modelo do SNS:

Os primeiros passos para a construção do actual modelo foram dados por Gonçalves Ferreira, em 1971, quando lançou a rede de Centros de Saúde. Contudo, este apenas começou a ganhar forma com a aprovação, em 1979, do quadro normativo nascido da Constituição da República Portuguesa de 1976. Apesar de, ainda nesse mesmo ano, e com o “Despacho Arnaut”, a rede dos Centros de Saúde se ter alargado aos postos da Previdência Social (que passaram a ser igualmente acessíveis a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva), só em 1979 se dá o “passo de gigante”, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), conferindo-se um maior corpo à aspiração constitucional do “direito à saúde, garantido pelo governo, universal, geral e gratuito, independentemente das suas capacidades económicas”.

Rapidamente, o SNS tornou-se numa das bandeiras do regime, uma espécie de desígnio colectivo e nacional, cujas bases são subscritas até hoje por todos os partidos com assento parlamentar.

Este consenso abriu espaço a que, ao longo dos anos, e entre outros aspectos, a Saúde fosse absorvendo – e de uma forma exponencialmente crescente – cada vez mais recursos (de acordo com dados da OCDE, o peso dos gastos públicos com a saúde em Portugal passou de 3,6% em 1980, para 7,2% em 2006, ou seja, duplicou em termos relativos nestes 25 anos), com algumas vantagens visíveis. Hoje, em Portugal – e este é também um dado de facto –, existe uma vasta e variada oferta de cuidados de saúde, capaz de responder a um leque significativo de necessidades das populações. Facilitou-se também aos cidadãos um amplo acesso ao medicamento e foram ainda desenvolvidas – ainda que insuficientes – várias acções no plano da prevenção, com resultados positivos verificáveis no bom posicionamento relativo de Portugal em alguns índices internacionais de Saúde Pública (embora com lacunas pouco compreensíveis, como, v.g., a ausência de investimento em certas áreas onde a pressão social é menor, como a Saúde Mental, ou a Medicina da Reprodução).

Daí que não se estranhe que a população, sem prejuízo das críticas existentes em relação a algumas das suas deficiências, valorize ao longo dos anos os benefícios que o actual sistema trouxe para o país. Por isso, é difícil equacionar soluções fora do quadro constitucional vigente, já que não merecerão qualquer acolhimento ao nível das políticas públicas, por não serem capazes de quebrar, no actual momento, o consenso geral.

Daí que, no presente documento, não se questionem – embora esse fosse um exercício pertinente e interessante – os pressupostos essenciais do actual sistema. Opta-se, antes, por diagnosticar algumas das principais insuficiências de que padece o nosso sistema de Saúde, recomendando algumas alterações que importa promover e que permitirão – caso sejam acolhidas e adequadamente aplicadas – melhorar significativamente, e num prazo temporal relativamente curto, a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados e das políticas preventivas desenvolvidas.

A presente análise tão pouco irá recorrer às grelhas analíticas que contrapõem as virtudes/defeitos do sector privado com a inércia/santificação do sistema público. Em geral, são de evitar as dicotomias e os “retratos a preto e branco”. Este tipo de abordagem, embora confortável, pois assenta em grelhas “auto-compreensivas”, conduz muitas vezes a uma perda da objectividade, rodeada que está de uma enorme carga “afectivo-ideológica”. Aqui, mais do que acentuar os dogmas – os quais ainda assim estão fortemente presentes nas opções tomadas – parte-se para soluções que atendem ao contexto actual do nosso país, em matéria de recursos e capacidade instalada (stock e competências), à sua complexidade e diversidade.

Esta é, antes, uma análise de base processual, que acompanha a tendência europeia actualmente dominante, de efectiva liberalização do sector, que abstrai da natureza do prestador dos cuidados de saúde, e que procura valorizar a energia que resulta da interacção dos diversos agentes, num sistema que saiba alinhar e compor os distintos interesses em jogo numa óptica de cooperação e transparência.

Diagnóstico de um sistema:

Nunca é despropositado referir que um sistema baseado no preço formado livremente no mercado apresenta um conjunto de virtualidades que, como ponto de partida, importa recapitular: o preço 1) representa uma medida de valor (o “ponto de encontro” entre a quantidade oferecida e procurada), 2) actua como mecanismo de distribuição dos recursos, 3) funcionando assim como medida de eficiência. Mas não só: 4) um sistema de preços traduz-se, ainda, num fortíssimo esquema de informação relativa e de incentivos (Berky, 1983).

Ora, o nosso sistema público “prescindiu” de um preço com estas características (logo, das suas vantagens), já que a despesa é financiada maioritariamente pelo Orçamento do Estado. Existe ainda um diferimento temporal entre o momento do pagamento pelos cidadãos – através dos impostos – e a circunstância do seu “consumo” (o que dificulta a sua efectiva valoração). Acresce que a forma como está organizado o nosso sistema fiscal – de base progressiva – conduz a que uma boa parte da população contribua apenas marginalmente para o financiamento do sistema.

Pese embora nos anos 90 se tenham introduzido as taxas moderadoras, ainda assim foi-se desenvolvendo junto dos utentes uma falsa sensação de gratuidade, aspecto reforçado pela própria redacção constitucional, que persiste em consagrar um “direito à (...) saúde (...) tendencialmente gratuito”.

O poder político optou, nas últimas décadas, por governar a Saúde adoptando soluções diametralmente opostas às que resultariam de um normal funcionamento do mercado. O Orçamento do Estado não só financiou (quase) a globalidade dos encargos incorridos pelos agentes, como foi avalizando políticas de Saúde organizadas em função da despesa incorrida. Este caminho foi conjunturalmente “favorável” para os sucessivos governos, já que mesmo que os diversos agentes e prestadores fossem ineficientes, e os custos apresentados elevados, as distintas unidades e serviços de saúde eram sempre “viáveis”.

Sendo os orçamentos de base retrospectiva, o “milagre” esteve sempre à espreita: as receitas cobriam recorrentemente as despesas. A par deste aparente “equilíbrio” financeiro, o modelo era altamente favorável no plano político e institucional, pois o nível de conflitualidade mantida, quer com os prestadores e profissionais de saúde (médicos; enfermeiros; auxiliares), quer com os fornecedores (v.g., empresas farmacêuticas), surgiu sempre nos seus níveis mínimos (na linha de Berky, 1985), limitando-se a questões conjunturais e de política corrente.

A Saúde foi sendo gerida do lado da “Oferta”, sem que esta tenha sentido necessidade de se confrontar com as exigências da “Procura” – a qual, devidamente anestesiada, foi suportando, por via fiscal, a despesa crescente. Os incentivos que este modelo gerou foram ruinosos do ponto de vista da eficiência económica, desde logo porque subalternizaram, entre outras, duas das regras mais básicas da Economia: 1) que os recursos são escassos; e 2) que qualquer despesa implica uma escolha.

O poder político foi paulatinamente ficando refém de fornecedores e dos profissionais de saúde, a um ponto tal que a oferta está hoje parcialmente condicionada por uma combinação de serviços que assenta, com relativa frequência, na maximização do interesse dos prestadores, deixando para um plano lateral o interesse dos utentes. Esta limitação condiciona a qualidade e a eficiência, pois nem sempre os serviços oferecidos têm efectiva correspondência com as necessidades dos utentes (veja-se, a título de exemplo, aquilo que é o mau posicionamento de Portugal ao nível da Saúde Mental, nos últimos lugares da “tabela classificativa”; ou a ausência de uma oferta pública que não incipiente ao nível da medicina da reprodução). Tudo isto num contexto de elevada alocação de recursos ao sector da Saúde: mais de 10% do Produto Interno Bruto.

Primeiros passos rumo à mudança:

A necessidade de mudar de paradigma parece evidente. O Ministério da Saúde tem vindo já a promover alterações relevantes, quer na comparticipação de medicamentos, quer no modelo de financiamento e gestão dos hospitais. Assim, ainda que formalmente, há já diversas unidades de saúde que estão a ser financiadas segundo métodos prospectivos, mais aptos a induzir eficiência. As respectivas administrações estarão a ser responsabilizadas pelo cumprimento das metas estabelecidas nos respectivos contratos-programa. Constata-se ainda existir um esforço efectivo por parte do poder político no sentido, quer da requalificação da gestão, quer da sua clara separação da componente técnica, processo “doloroso” – já que implica transferências de poder dentro das instituições – mas sem o qual será difícil romper com os incentivos “desalinados” que o modelo anterior patrocinava.

Todos os passos mencionados são válidos e necessários, e representam, só por si, uma mudança de rumo. Ainda assim, não são suficientes. Para que se possa avançar para um sistema dotado de maior eficiência, que salvguarde a qualidade dos cuidados prestados, é importante que os seus processos sejam capazes, desde logo, de ultrapassar – ou de, pelo menos, minimizar – as lacunas que derivam do facto de não se utilizar um sistema de preços livremente formados no mercado. Para isso, há dois aspectos que não podem ser negligenciados: 1) a produção de informação e 2) um correcto alinhamento de incentivos. E, nestes dois planos, há ainda um longo caminho a percorrer.

Na verdade, para que o recurso a métodos prospectivos – em que a produção e os preços são negociados previamente entre o poder político (financiador) e os agentes (unidades de saúde) – cumpra o seu objectivo, é necessário que 1) exista um sistema de preços que disponha de informação completa e correcta, que 2) não remunere a ineficiência, e que 3) incorpore um conjunto amplo de variáveis (gravidade, morbilidade, estrutura etária), para que não induza à selecção adversa. Ora, só a adequada implementação de um sistema de preços com estas características possibilitará um apropriado alinhamento entre aquilo que é o interesse das unidades de saúde e o dos utentes, em matéria de qualidade e eficiência. Permitirá, além do mais, aferir quem são as unidades de saúde, por serviço prestado, que ministram melhores cuidados (os quais poderão ser medidos em função da eficiência e qualidade), assim como a monitorização contínua dos diversos processos, por comparação, a partir da análise das unidades que apresentem os melhores resultados (“benchmarking”).

O poder político ficará ainda com uma capacidade acrescida para, de uma forma fundamentada, poder, por um lado, encerrar as unidades ou serviços que, de uma forma persistente, sejam incapazes de sair de um ciclo vicioso de ineficiência e ausência de qualidade, canalizando, por outro, os recursos libertados para as unidades mais produtivas, em benefício dos utentes.

Para que se possa modificar o comportamento económico das unidades de saúde não basta, contudo, alterar o modelo de financiamento: não é suficiente alinhar o interesse do financiador com o das unidades de saúde. É necessário ainda que os distintos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares) estejam em sintonia com os interesses da gestão. O actual clima de conflitualidade que o poder político projecta sob certas classes profissionais terá, a prazo, que dar lugar a uma intensa cooperação entre os diversos intervenientes na cadeia de valor. Ora, tal dificilmente se conseguirá se não houver um realinhamento dos incentivos gerados.

Esta é a parte do percurso mais delicada de trilhar, desde logo, porque é neste universo que surgem as maiores resistências à mudança, movidas pelo status quo, que tem a sua particular posição fortemente protegida por uma teia complexa de dispositivos legais e administrativos anacrónicos. A revisão das carreiras, a possibilidade de laborar em horário descontínuo, de estabelecer remunerações em função dos objectivos, a promoção do mérito, entre outras medidas, algumas, dolorosas, outras fonte de motivação para os profissionais, embora difíceis, impõem-se como fundamentais.

O caminho a seguir:

O Estado deve acentuar com maior profundidade o actual modelo, posicionando-se efectivamente como co-financiador e regulador, dotando de autonomia as diversas unidades públicas que actuam no sector da Saúde. Para isso, é essencial munir as instituições de maior capacidade de gestão, não apenas no que diz respeito aos recursos humanos, como ao nível das ferramentas de gestão: uniformização de procedimentos de registo, melhor contratualização da produção entre as tutelas e os hospitais, imposição de sistemas contabilísticos efectivamente uniformizados, significativo reforço de auditorias externas e independentes, quer às contas, quer aos procedimentos. Neste campo há ainda um longo caminho a percorrer.

Seria ainda interessante colocar as diversas unidades autónomas sob a pressão da concorrência, mediante a consagração – ainda que, numa primeira fase, limitada – da liberdade de escolha do prestador por parte do utente: balancear a oferta com o crivo da procura elevaria o sistema para um patamar de maior eficiência e transparência. Permitiria que os agentes, públicos e não públicos, pudessem oferecer os seus serviços num quadro de igualdade de circunstâncias. Importa, no fundo, evoluir para um contexto onde se valorize a natureza e as condições da prestação, e não propriamente a natureza jurídica do prestador, aproveitando ainda o papel tutelar do utente, que teria de ser mais responsável e exigente, no momento da selecção e escolha.

Há que reforçar, ainda, o papel da prevenção: a melhor forma de controlar a despesa passa, precisamente, pela prevenção, com benefícios não apenas económicos, mas com tradução na melhoria da qualidade de vida e do quadro de felicidade dos cidadãos, que só têm a ganhar pela adopção de hábitos que ajudam a preservar a saúde. Nesse plano, seria importante perceber que a Saúde não se governa, apenas, ao nível hospitalar ou da prestação de cuidados, mas começa, desde logo, pela promoção de hábitos saudáveis, promoção essa, porém, que deverá ser feita no respeito pelas liberdades individuais, pelas tradições culturais, despido de quaisquer progressismos ou tendências “higienistas”.

Acima de tudo, importa perceber que os próximos tempos vão ser de enorme dificuldade, mas que o nosso bem-estar a longo prazo depende drasticamente da capacidade que tivermos de saber introduzir, de uma forma efectiva, as mudanças certas, rumo a uma sociedade mais rigorosa, responsável e livre.

As novas gerações, sobretudo estas, devem adoptar, face ao poder político, uma atitude de exigência, pois, de contrário, estaremos hoje a hipotecar o futuro.

RAF, Fevereiro de 2009