

Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses

JOSÉ MENDES RIBEIRO

Os hospitais empresarializados (hospitais SA) romperam com o preconceito de que não é possível fazer mudanças na saúde, mobilizando todos os agentes em sentido convergente e conquistando ganhos de eficiência num curto intervalo de tempo. Os hospitais SA são o meio (instrumento), e não o fim, para obter maior eficiência (objectivo) na afectação dos recursos e na gestão da capacidade existente na rede pública de prestação de cuidados.

Os hospitais SA constituíram-se como um poderoso catalisador da reforma estrutural do sector hospitalar português (modelo de financiamento, avaliação do mérito no desempenho) e um incubador de novas ideias e experiências (*benchmarking* sistemático, inovação na gestão da lista de inscritos para cirurgia).

O primeiro ano de actividade saldou-se por um significativo aumento de eficiência (redução de 5,8% nos custos unitários), fruto de um considerável aumento de produção e da contenção dos custos operacionais. O esforço desenvolvido melhorou o acesso e o nível de qualidade e de serviço, contribuindo para futuros ganhos de saúde sustentáveis.

□

José Mendes Ribeiro é administrador no grupo SLN/BPN, ex-presidente da Unidade de Missão dos Hospitais SA. Entregue em Outubro de 2004.

1. Cumprir o Programa do XV Governo Constitucional (2002-2004)

Os curtos ciclos políticos em Portugal têm sido responsáveis por uma elevada taxa de insucesso das reformas estruturais, quer pela mudança de orientação política dos respectivos governos, quer pela substituição dos seus responsáveis, muitas vezes a meio dos respectivos mandatos, não chegando aqueles a colher os benefícios e o reconhecimento pelos resultados da visão e das políticas traçadas.

Apesar de o XV Governo Constitucional ter como base de apoio uma maioria parlamentar sustentável, a experiência mostra que as reformas de carácter estrutural ou são iniciadas nos primeiros meses dos respectivos mandatos governativos ou correm sérios riscos de não chegarem ao que verdadeiramente interessa, ou seja, a sua implementação e consolidação no terreno.

Um factor crítico de sucesso é, em consequência, a capacidade de concentrar a energia num limitado número de programas e projectos específicos que possam provocar um efeito multiplicador em todo o sistema de saúde. Outro factor crítico de sucesso, ditado pelo bom senso, é conseguir constituir uma equipa motivada e designar um responsável pela coordenação e implementação de cada programa ou projecto, evitando assim a habitual, e muito portuguesa, total desresponsabilização pelos resultados obtidos, por não haver um «protagonista» concreto a quem pedir responsabilidades.

1.1. O diagnóstico de partida

O ponto de partida assentava num diagnóstico exaustivamente repetido pelos especialistas do sector, constituído por quatro aspectos fundamentais: problemas de eficiência na afectação de recursos, falta de produtividade sistémica, despesa pública a crescer a ritmos incomportáveis para o país e uma crescente insatisfação dos utentes pelos níveis do serviço prestado.

A «gestão empresarial» era reclamada por todos os quadrantes políticos como a solução para o aumento da eficiência no nosso sector público hospitalar. Embora consagrada na lei de gestão hospitalar desde 1988 (artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro), persistia na prática um quadro de gestão pouco definido, incapaz de motivar os profissionais, limitados por um conjunto de regras burocráticas obsoletas que tornavam o dia a dia dos nossos hospitais um permanente pesadelo para os seus gestores e uma experiência frustrante para os utentes.

O processo de decisão de um pequeno investimento, era em muitos casos mais oneroso do que a sua própria realização. A autonomia dos gestores era praticamente inexistente em todos os domínios, fosse um simples processo de adjudicação e compra, a contratação de um efectivo ou a reparação de um pequeno equipamento. A tudo acrescia o insuficiente financiamento da actividade real de muitos hospitais, levando a défices de exploração sistemáticos, que levavam à dilatação intolerável de prazos de pagamentos a fornecedores, com o consequente aumento de custos, induzidos pela expectativa de incumprimento, que fazia repercutir nos preços os respectivos juros dos atrasos de pagamento.

Não era possível pedir aos gestores que se focassem na satisfação do utente ou na qualidade do cuidado prestado quando o dia a dia das equipas era dedicado a gerir um orçamento magro, a resolver quebras urgentes de abastecimento de produtos críticos ou a dar cumprimento a volumosas listas de requisitos formais que suportam insignificantes decisões de gestão. Face à avaliação positiva das experiências inovadoras de gestão, em particular do Hospital de Santa Maria da Feira, e prosseguindo no caminho já iniciado, o Governo tomou a decisão corajosa de criar um novo quadro de referência na gestão hospitalar pública, aproveitando aquilo que o país tinha já aprendido nas últimas décadas na gestão do sector empresarial do Estado em áreas de actividade mais dinâmicas e de maior exposição concorrencial.

1.2. Quantos hospitais a empresarializar?

Podia perguntar-se que dimensão deveria tomar a iniciativa de «empresarialização» dos hospitais? 5 hos-

pitais? 10 hospitais? Ou até a totalidade dos hospitais da rede pública, se o modelo não punha em causa a finalidade e objectivos da instituição hospitalar?

Se o princípio estava certo e as experiências inovadoras eram globalmente consideradas positivas pelo sector, havia que ser destemido, mas ainda assim prudente, não transformando em empresas todos os hospitais da rede, mas criando uma massa crítica adequada e suficiente para que desta decisão pudessem ser colhidos resultados expressivos, em termos de qualidade e nível de serviço para os utentes, maior motivação para os profissionais e maior eficiência na utilização dos recursos financeiros do Estado.

Foi esse o *rational* presente nas recomendações da Comissão de Empresarialização, entidade de composição mista, com elementos do Ministério das Finanças e da Saúde, que sugeriu uma dimensão da operação próxima dos 50% da produção hospitalar do país, tornando visível o seu impacto e irreversível a sua continuidade.

Os recursos financeiros a afectar à operação deveriam ser olhados como um investimento, traduzindo-se numa adequada dotação inicial de capitais próprios às novas empresas, que permitisse a sua sustentabilidade futura, tendo em linha de conta a análise do seu balanço histórico e a dimensão das variáveis objectivo (fundo de maneo necessário, prazos médios de recebimentos e pagamentos, volume de *stocks*) que suportassem a sua história de procura e as aproximasse do comportamento médio dos indicadores das melhores unidades da rede.

2. A definição de uma agenda estratégica e os eixos prioritários de actuação

O grande desafio era, contudo, implementar esta operação, quer de um ponto de vista técnico, quer do ponto de vista político.

Nesse sentido, o Governo criou, na dependência do ministro da Saúde, uma estrutura ágil, a Unidade de Missão dos Hospitais SA (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro), tendo em vista «a condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, designados como hospitais SA».

Em pouco mais de oito meses, após a posse do Executivo, eram transformados 34 hospitais em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Estava criada a Unidade de Missão e estavam designadas as respectivas equipas que iriam levar ao terreno esta profunda reforma do sistema hospitalar português.

Desde logo se afinou a visão e os grandes objectivos estratégicos com o ministro da Saúde (*Quadro I*) que permitissem dar início ao verdadeiro processo de empresarialização, ou seja, materializar em acções concretas a implementação deste processo, em total sintonia com as equipas que acabavam de entrar na administração dos hospitais.

Organizou-se a Unidade de Missão, tendo por base a criação das capacidades críticas necessárias ao desenvolvimento do processo de lançamento da operação, criando-se uma equipa leve, com um máximo de 15 elementos, constituída por profissionais seniores com experiência relevante no sector da saúde ou na respectiva área de competência.

A colaboração de consultores externos em áreas de grande especialização ajudou a criar um ritmo e uma motivação em toda a rede, um dos indiscutíveis factores críticos de sucesso da operação.

O segredo do sucesso residiu ainda no acompanhamento (*coaching*) permanente aos conselhos de administração, na disponibilidade e apoio político do ministro da Saúde e na atitude profissional assumida pela equipa da Unidade de Missão desde o início deste exigente processo de mudança.

Os grandes objectivos estratégicos serviram de pilares ao desenvolvimento do conjunto de iniciativas e projectos que, de forma transversal, impactaram a rede de hospitais SA, fomentando uma nova cultura de gestão em todos os profissionais e unidades.

2.1. Uma visão integrada da REDE de CUIDADOS

O aumento de produtividade das várias unidades SA tem vindo a evidenciar, de forma crescente, o excesso de capacidade instalada na rede, que, não sendo ainda perceptível ao utente, nem a muitos decisores, obrigará decerto a futuras decisões de concentração, como, aliás, já foi feito com a criação de alguns centros hospitalares, se não mesmo ao encerramento gradual de alguns serviços e unidades periféricas.

O primeiro passo para a eficiência é, sem dúvida, de natureza macroeconómica. A visão em rede permite organizar a oferta, evitando a sobreposição de competências ou a sua atomização inconsequente. Não foi casual a concentração da oferta oncológica ou a inclusão de hospitais diferenciados na área do coração, na rede SA.

A filosofia de rede não se esgota na gestão óptima das unidades hospitalares de *per si*, mas é o conceito-chave para intensificar a integração e o *continuum* de cuidados entre os diferentes níveis de cuidados (primários, diferenciados e continuados), ao mesmo tempo que se potencia uma abordagem inovadora que tem na sua génese a partilha de competências em determinada patologia.

A este propósito, Michael Porter, um dos mais reconhecidos autores mundiais da área da gestão, veio em recente artigo chamar a atenção para alguns erros de análise do mercado de cuidados de saúde

Quadro I A visão estratégica para a rede SA

Desenvolver de forma economicamente sustentável uma rede de unidades públicas empresarializadas centradas na prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes e no desenvolvimento contínuo dos respectivos profissionais.

Objectivos estratégicos	
Serviço ao utente e qualidade de prestação.	Assegurar o desenvolvimento de políticas de gestão centradas no utente e na prestação de serviços de qualidade excepcional.
Desenvolvimento profissional e meritocracia.	Promover o desenvolvimento célere dos colaboradores, instituindo políticas de meritocracia e de responsabilização por resultados, apostando simultaneamente na qualificação profissional.
Eficiência operacional.	Assegurar o nivelamento dos hospitais SA com as melhores práticas, promovendo programas de melhoria da eficiência operacional.
Eficiência económico-financeira.	Contribuir de forma determinante para o equilíbrio económico-financeiro das unidades, monitorizando continuamente a <i>performance</i> dos hospitais.
Desenvolvimento de uma «rede»	Desenvolver o espírito de corpo na rede de hospitais SA, promovendo a partilha de conhecimento e assegurando uma actuação articulada que promova a captura de sinergias entre as distintas unidades.

que têm conduzido a formas incorrectas de competição e à formulação errada de objectivos, designadamente quanto à redução de custos. Muitas unidades julgam estar a reduzir custos quando, na verdade, os transferem apenas para outras unidades, pois o seu foco não tem sido actuar sobre as componentes de custo de cada patologia, mas sobre a natureza das rubricas de custos da sua unidade («Redefining competition in health care», Michael Porter e E. O. Teisberg, in *Harvard Business Review*, Junho de 2004).

Esta constatação acentuou a necessidade de se olhar para a estruturação da oferta numa óptica de rede. A Unidade de Missão desenvolveu um estudo interessante em todas as regiões do país tomando por base os *business plans* dos hospitais, tendo avaliado diversas oportunidades de redimensionamento da rede de cuidados através de uma estratégia de concentração de competências e serviços, integração entre cuidados primários e hospitalares e melhor articulação entre a rede pública e a rede convencionada. A integração de cuidados e a concentração de competências serão, sem dúvida, o caminho futuro para melhorar o atendimento dos utentes, controlar a despesa pública na saúde e combater a escassez sistémica de recursos humanos qualificados no sector.

2.2. Eficiência económico-financeira

Uma das grandes questões que se têm debatido é determinar que financiamento será adequado a cada instituição. Será justo aplicar o mesmo nível de recursos financeiros a entidades equivalentes, em dimensão e complexidade, cujo produto final é por vezes inexplicavelmente tão diferente?

Esta questão tornou urgente a revisão de todo o sistema de financiamento de forma a adequar o nível de recursos empregues face aos resultados obtidos.

Até então os hospitais eram financiados através de uma dotação orçamental anual, crescentemente incorporando o peso dos episódios no «envelope» global, é certo, mas sem uma expressão contratual suficientemente explícita quanto aos níveis de produção a conseguir para a capacidade instalada.

Tratava-se, uma vez mais, de dar conteúdo a uma outra importante reforma reclamada pelos especialistas do sector, ou seja, separar a função financiadora da função prestadora do Estado, assumindo o Estado um papel de «contratador-comprador» de serviços e cuidados que permitisse cumprir de forma óptima a garantia constitucional de acesso aos cuidados de saúde por parte da população portuguesa.

A política de financiamento deveria estimular a convergência dos prestadores menos eficientes para o

patamar médio dos 10 melhores, criando uma competição saudável, defendendo o utente da dificuldade de acesso e o contribuinte do desperdício. Os resultados de um ano de empresariação foram muito promissores (*Quadro II*)!

O desenho e implementação do *novo modelo de financiamento* (*Quadro III*) foram feitos em simultâneo com o lançamento da operação de empresariação dos hospitais e assentaram em cinco grandes princípios:

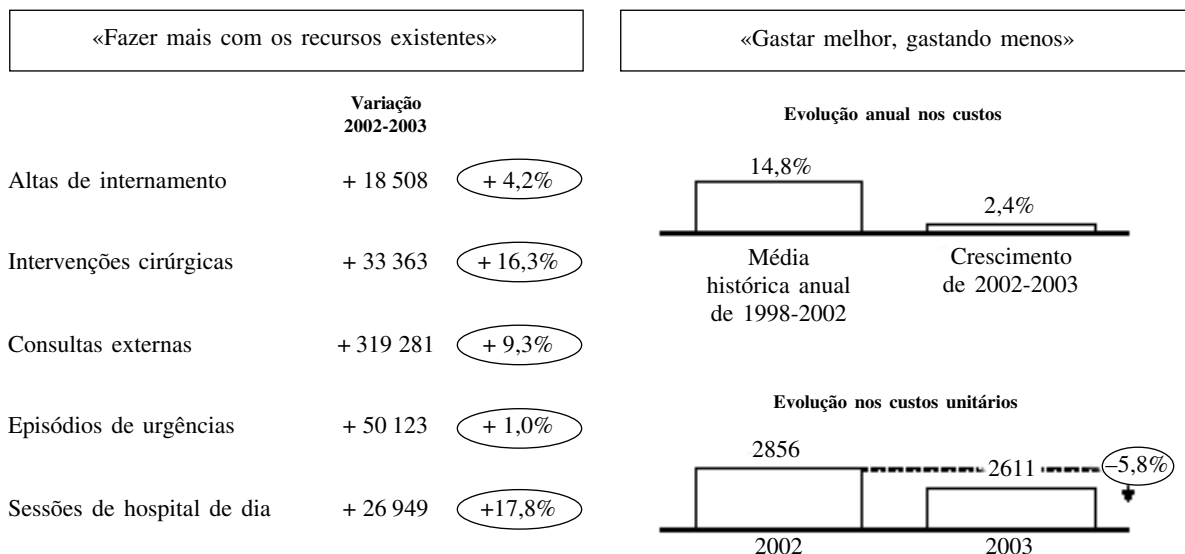
1. A criação de uma relação contratual entre o Estado (financiador) e o respectivo hospital, titulada por um contrato-programa que envolve a produção para o SNS;
2. Os cuidados e serviços a comprar estão agrupados por linhas de actividade — internamentos, consultas, episódios de urgência e hospital de dia — e têm um preço ajustado pelo índice de *case-mix* (severidade média das patologias) e por um ponderador de *cluster* (diferenciação e matriz tecnológica do hospital) que tornam mais justo o preço a pagar, porque tomam em consideração a especificidade de cada unidade hospitalar;
3. O volume de produção contratada tem em atenção a capacidade instalada, permitindo cobrir os custos fixos dos hospitais, na base de um estimador que atende à eficiência média, na afectação de recursos em toda a rede;
4. A produção marginal é paga até um certo limite médio, sofrendo depois uma penalização ajustada e degressiva face aos custos variáveis. As urgências não estão contempladas por qualquer tecto de produção;
5. O contrato-programa deve constituir-se como um instrumento de regulação da procura, pois permite a distribuição estratégica das produções pelas distintas unidades.

A extensão do modelo a todas as unidades hospitalares, a par da introdução de um modelo de capitação nos cuidados primários (*risk-sharing*), é, seguramente, o pilar para uma alteração estrutural da despesa pública da saúde e o indutor por excelência de um novo patamar de eficiência em toda a rede de prestação de cuidados.

2.3. Eficiência operacional

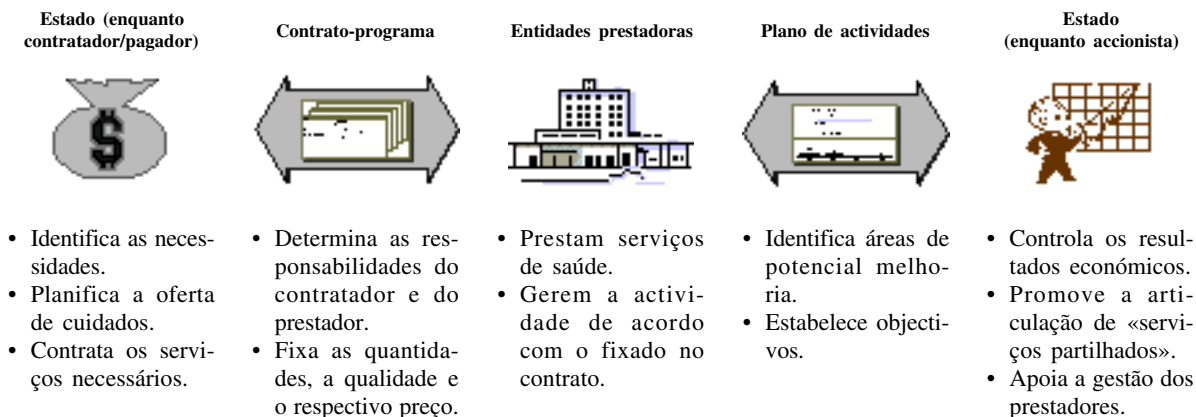
A eficiência operacional, embora contribuindo para a eficiência económica global, situa-se num plano de decisão estritamente «micro», porque lhe são alheias as opções sobre o desenho da rede de cuidados ou da

Quadro II
Os resultados do primeiro ano de empresarialização são muito positivos



O modelo de gestão empresarial revelou-se um instrumento adequado de optimização dos recursos

Quadro III
O novo modelo de financiamento clarifica o papel de cada entidade no sistema



política de recursos humanos, que têm, essas sim, um verdadeiro enquadramento macroeconómico. O problema situa-se, em consequência, no plano da optimização de processos e utilização de recursos.

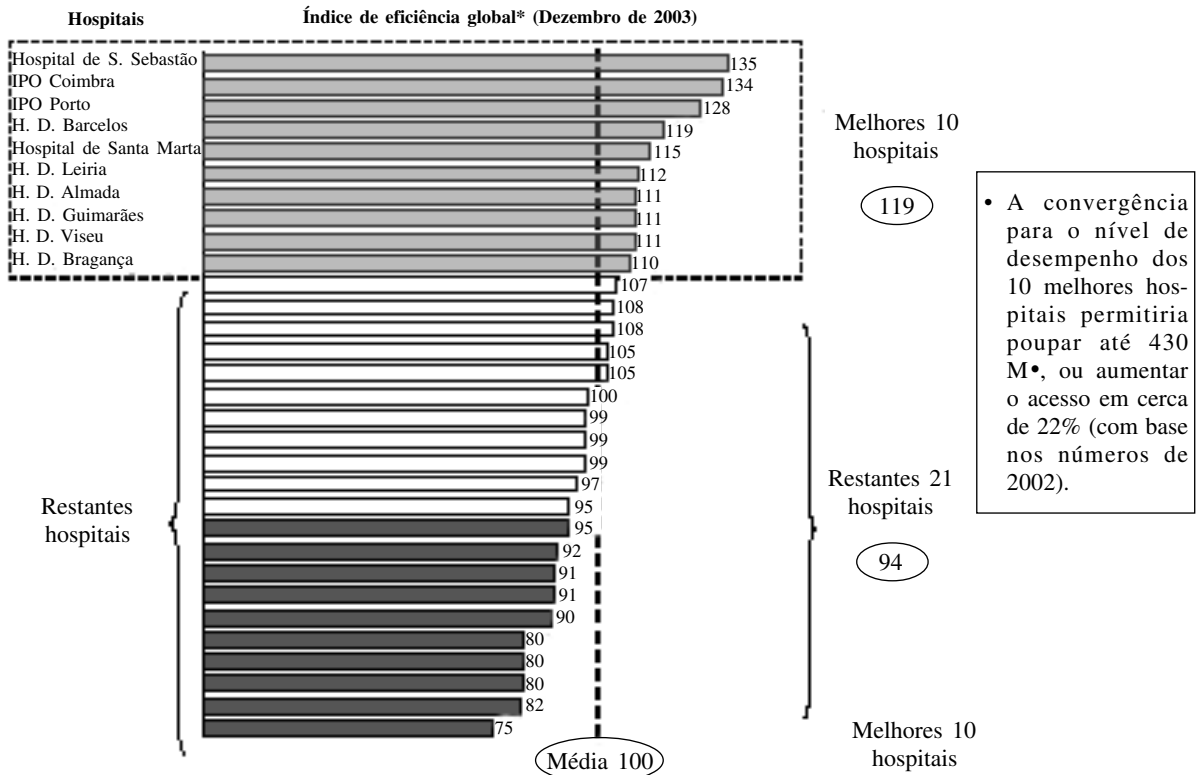
Assim, desenvolveu-se um conjunto de orientações, iniciativas e programas de apoio às equipas de gestão que tiveram como objectivo ajudar, de forma estruturada, a maximizar a captura do potencial de poupanças existente na rede e que o *benchmarking* inicial e regular permitiu evidenciar.

A situação de partida de cada unidade era muito diferente. Os 10 melhores hospitais da rede tinham um indicador de eficiência com uma diferença de 38 pontos face à média dos restantes 21 hospitais (127 contra 89 pontos). A amplitude de valores variava

entre 163 pontos no hospital mais eficiente e 62 pontos no hospital do fim do *ranking*. No final de 2003 aumentou a convergência, visível no estreitamento da amplitude média, que baixou de 119 para 94, ou seja, 25 pontos (*Quadro IV*).

Tratava-se de uma excelente oportunidade de conseguir melhorias! Partiu-se, como em tudo o resto, pela positiva e decidiu-se construir uma agenda específica para abordar o problema da eficiência operacional. Começou-se por dividir o problema em dois: que medidas poderiam impactar a eficiência do lado das decisões clínicas, por natureza mais sensíveis, e que medidas estavam apenas circunscritas a decisões de gestão administrativa. Tinha-se consciência de que seria prudente seleccionar áreas-alvo pouco extensas

Quadro IV
O *benchmarking* permitiu identificar desvios de desempenho relativo entre hospitais



* Custos da produção realizada com custos utilitários alinhados com a média do sistema face ao total dos custos reais da produção realizada.

e sobre as quais fosse possível construir indicadores simples de monitorização.

Surge assim a demora média como o grande cavalo de batalha do primeiro ano da empresarialização, uma vez que é um indicador familiar em todo o mundo como elemento-chave da actividade hospitalar. O objectivo era focar os conselhos de administração num indicador fácil de obter e de medir, que exprimisse genericamente a estrutura de custos e que pudesse explicitar a árvore de decisões subjacente à eficiência operacional nos hospitais.

Para mais, num momento em que o **acesso** ainda constituía um problema; actuar sobre esse indicador permitia pôr a nu muitas das ineficiências dos nossos serviços quando comparados com práticas médicas mais modernas em países que tantas vezes nos servem de referência. O ponto de partida, em termos de *benchmarking*, também era esclarecedor: a demora média ajustada pelo índice de *case-mix* variava entre 4,5 e 9,5 dias. Se aplicássemos a demora média dos 10 melhores hospitais a toda a rede SA, poderíamos poupar cerca de 371 000 diárias, o equivalente a 1018 camas, ou seja, fechar 3 hospitais médios da rede! Em alternativa, o que interessava, obviamente, era poder assistir cerca de mais 70 000 novos doentes!

O *benchmarking* inicial, com dados de Dezembro de 2002, mostrava outras situações muito interessantes: os custos de internamento, que representam cerca de 61% dos custos totais, variavam cerca de 30% entre os *top ten* e os restantes 21 hospitais. Optou-se, assim, por centrar toda a actuação a partir do diagnóstico que o *benchmarking* evidenciava e seguir a raiz das causas em cada hospital, traçando planos de acção concretos ajustados a cada unidade. A título de exemplo, veja-se a metodologia seguida quanto à demora pré-operatória, que foi uma das componentes estudadas com detalhe (*Quadro V-a*), a par da demora pós-cirúrgica e do internamento social.

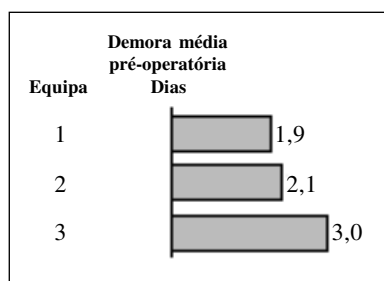
As diferentes iniciativas abrangeram áreas como a racionalização de custos com materiais de consumo clínico, a optimização dos subcontratos ligados à compra externa de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e a racionalização de custos com pessoal, em particular quanto ao volume de horas extras.

A racionalização dos serviços de apoio mostrou também ser possível, neste cenário de maior e mais célere capacidade de intervenção dos conselhos de administração, obter poupanças rápidas e significati-

Quadro V-a

As melhorias de eficiência introduzidas não colocam em causa a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e aumentam o acesso

Demora média pré-operatória por equipa
(com base num hospital-piloto)



Exemplos de actuações a nível da demora média pré-operatória

- Criação de rotinas preestabelecidas para internamentos cirúrgicos:
 - Elaboração de documento com procedimentos de internamento e folhetos explicativos para os doentes;
 - Realização de consultas pré-operatórias uma semana antes da cirurgia;
 - Definição de protocolos de internamento por patologia.
- Garantia de coordenação entre serviços para realização de exames:
 - Redução do tempo de resposta para exames;
 - Realização de alguns exames em hospital de dia.
- Controlo regular da demora média pré-operatória por parte do director clínico a fim de evitar práticas excessivamente conservadoras.

vas com pequenas medidas de gestão (*Quadro V-b*). Para testar o programa foi lançado um estudo piloto em 5 hospitais da rede que permitiu afinar a metodologia e alargá-la a todos os hospitais da rede.

Foi também desenvolvida uma grande iniciativa de revisão de utilização, suportada em metodologia e apoio de reputados especialistas internacionais, que veio mostrar, uma vez mais, o enorme potencial de melhorias a capturar no sistema. Pode ser consultado no *site* www.hospitaissa.pt o resultado global deste estudo, bem como o estudo individual de cada hospital. Como corolário de todas estas acções, e tendo em vista a abordagem da qualidade a longo prazo, definiu-se uma política de acreditação dos hospitais da rede, objectivo que passou a relevar para a avaliação de desempenho das próprias equipas de gestão dos hospitais.

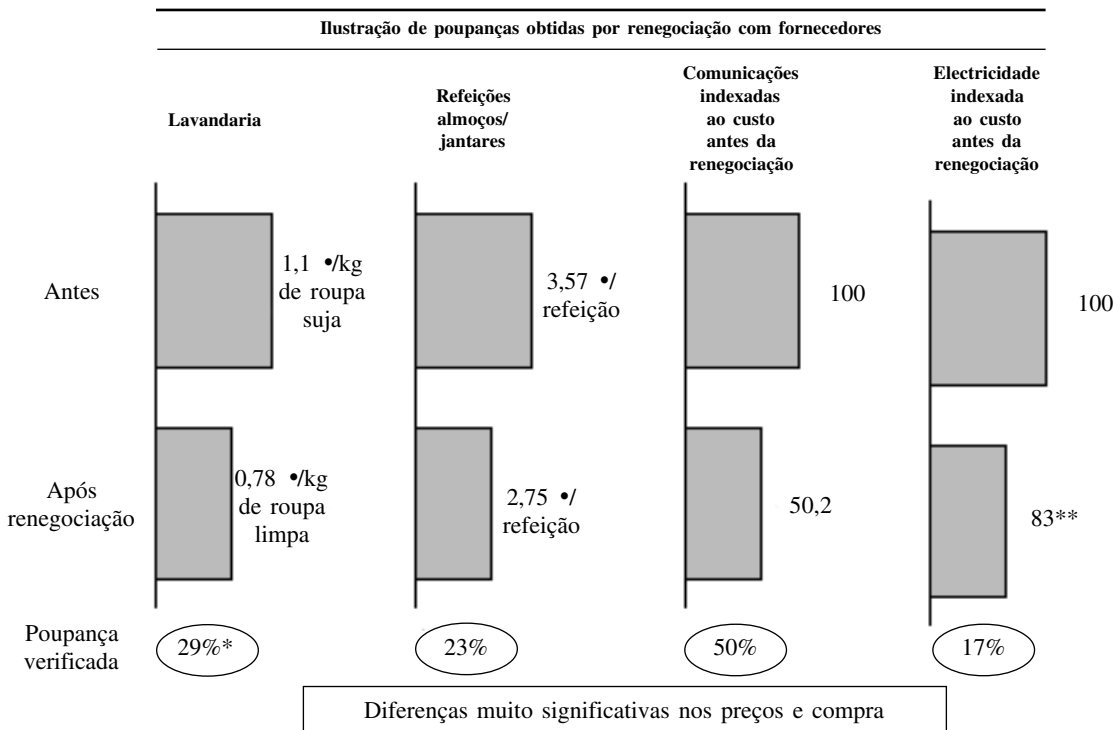
Iniciaram-se ainda outros trabalhos e estudos, em colaboração com as universidades do país, tais como o do *disease staging*, a formulação de uma nova política de partos, a reorganização da farmácia hospitalar e o embrião de alguns protocolos clínicos, estudos

que constituirão o suporte futuro da optimização dos processos de prestação de cuidados.

A eficiência operacional está intimamente associada à capacidade de gerir processos de forma simples, para o que é indispensável boa informação. No plano das tecnologias de informação, e ainda que tenha havido um notável esforço nos últimos anos por parte do IGIFS, particularmente na modernização da aplicação SONHO de gestão hospitalar, há uma enorme necessidade de consolidar e ampliar o trabalho desenvolvido.

Do *framework* criado em conjunto com um grupo piloto de hospitais resultou uma visão e uma estratégia integrada para sistemas de informação que permitirão ter informação de gestão disponível de forma atempada, compatibilidade entre sistemas e instituições e agilização de muitos dos processos de gestão administrativa dos hospitais. A gestão de aprovisionamentos foi tratada com uma abordagem inovadora, de parceria com o mercado, através da *customização* de uma ferramenta de consulta e colocação de encomendas a fornecedores que automatiza procedi-

Quadro V-b
As iniciativas implementadas a nível dos serviços de apoio procuram otimizar recursos e combater o desperdício



* Não incluindo a poupança da mudança de referência para roupa limpa (até mais 30%-50%).

** Resultado da primeira ronda de negociação.

Fonte: Hospitais SA.

mentos e permite a partilha de informação entre as diferentes unidades.

Enquanto se trabalhava no desenvolvimento dessa abordagem estratégica foram-se incentivando operações pontuais de instalação de novos produtos e soluções, designadamente uma solução *paperless* para serviços de urgência, «webização» da aplicação de salários e construção de ferramentas específicas para monitorizar o processo de criação de incentivos aos profissionais e para gerir as listas de doentes inscritos para cirurgia. É uma área sobre a qual existe um enorme potencial futuro.

2.4. Desenvolvimento profissional e incentivo ao mérito

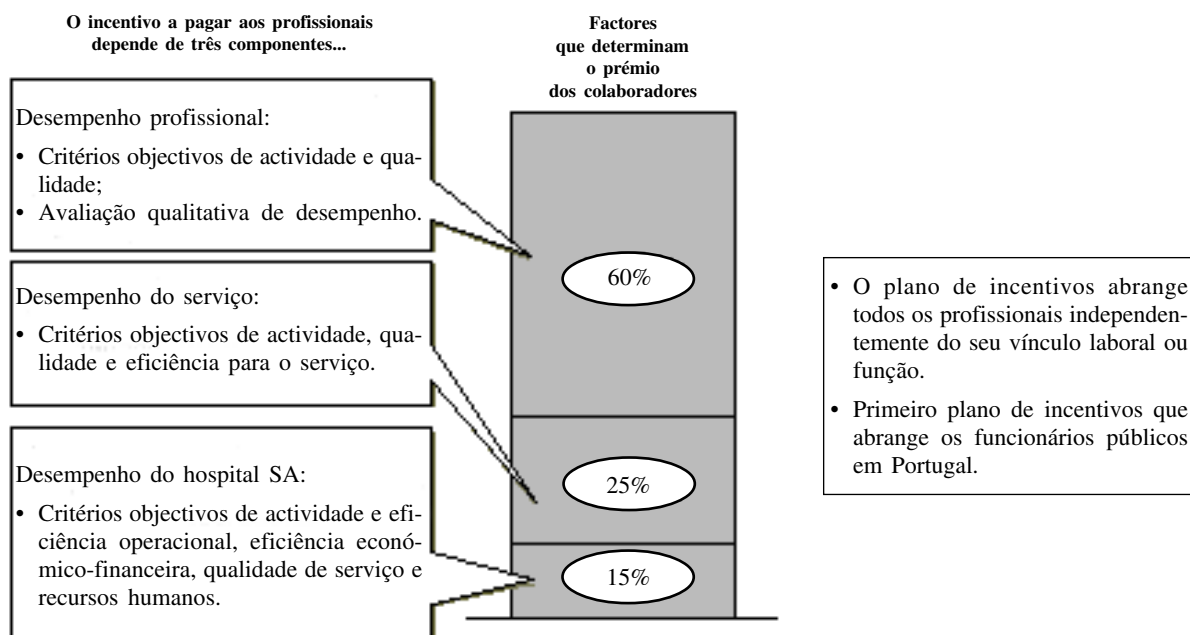
O ponto de partida nos nossos hospitais, em termos de gestão de recursos humanos, padece de todos os problemas que encontramos na Administração Pública portuguesa: carreiras muito estratificadas e rígidas, utilização excessiva de horas extraordinárias, quer pela escassez de recursos, quer como meio de pagamento encapotado de incentivos, rigidez de contratação, ausência de incentivo ao melhor desempenho, precariedade de vínculo nas novas admissões. O novo ordenamento jurídico do sector hospitalar veio acabar com a admissão para os quadros da fun-

ção pública, recorrendo ao contrato individual de trabalho e a uma maior flexibilidade na gestão dos profissionais. Apesar de as experiências inovadoras já terem antecipado essas modalidades de contratação, a verdade é que as bases de uma nova cultura baseada numa maior liberdade contratual e no reconhecimento do mérito representam um novo desafio a todo o sector que precisa de ser consensualizado.

Da agenda estratégica dos recursos humanos constavam assim três importantes inovações: construir uma nova política de carreiras e política salarial que suportasse o novo contrato individual; lançar as bases de uma regulamentação colectiva de trabalho e certificação profissional, estável para o sector; criar um sistema de avaliação de desempenho e de atribuição de incentivos que permitisse, de facto, premiar o mérito do desempenho diferenciado.

A Unidade de Missão usou, uma vez mais, a metodologia de «grupos piloto» para envolver os hospitais na discussão destes temas sensíveis. Com o apoio de especialistas, desenvolveu-se uma proposta de carreiras e política salarial, uma proposta de instrumento de regulamentação colectiva e também um modelo de avaliação de desempenho que integra um regulamento de atribuição de incentivos baseado na medição efectiva do nível de cumprimento dos objectivos discutidos com cada unidade hospitalar, cada serviço e também cada profissional (*Quadro VI*).

Quadro VI
O modelo de incentivos é uma peça-chave no processo de empresarialização



A ideia foi desenvolver uma cascata de objectivos que permitisse o envolvimento de todos os profissionais no sucesso da sua instituição e serviço, estimulando um comportamento individual e colectivo que estivesse em linha com os objectivos da sua unidade e, em consequência, assegurando um nível global de realização de objectivos por toda a rede SA.

2.5. Melhorar os níveis e a qualidade do serviço ao utente

Há uma confusão sistemática, não ingénua, entre o que se entende por qualidade do serviço e por qualidade clínica. Designaria a primeira por nível de serviço, para simplificar o conceito, pois é certo que é no nível do serviço que residem as nossas maiores dificuldades.

Com efeito, pela própria natureza da actividade clínica e dada a assimetria de informação entre o prestador e o consumidor, característica muito específica desta actividade, o utente tende a valorizar os níveis de serviço que lhe é prestado, e não a qualidade intrínseca do acto clínico, para a qual não tem competências. Interessa ao utente se é atendido a horas,

se o local onde espera ou é atendido é confortável, se está limpo, se o atendimento é cortês e a «papelada» simples.

Não é o utente que vai discutir se um determinado exame ou medicamento foi bem ou mal prescrito, se uma cirurgia, em que ele é parte passiva, foi tecnicamente bem executada ou até se aquele profissional era o mais competente para lhe prestar o cuidado. As decisões de gestão podem ter, obviamente, enorme impacto na qualidade clínica do acto, seja pela disponibilidade de recursos, seja pela organização dos serviços prestadores. Mas a maior proporção da responsabilidade na qualidade do acto deve-se à prática individual do profissional, à sua competência e à sua experiência. Já quanto ao nível de serviço, a responsabilidade está directamente ao alcance da organização e da sua equipa de gestão. Em termos técnicos, esta é considerada uma variável controlável, sobre a qual podemos agir, ao contrário da decisão médica.

Para actuar de uma forma mais integrada neste domínio foi lançada uma iniciativa arrojada — o projecto ComuniCare — que envolve 6 programas: o programa Conforto, o programa Atenção, o inquérito de satisfação, o compromisso de qualidade, a identidade da marca, o portal dos HSA (*Quadro VII*).

Quadro VII As seis iniciativas do projecto ComuniCare

1 Programa Conforto	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar as infra-estruturas hospitalares, garantindo níveis óptimos de conforto, limpeza e segurança nas entradas, salas de espera, instalações sanitárias, estacionamento e espaços verdes.
2 Programa Atenção	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar a cultura de serviço e de atendimento ao utente, envolvendo e comprometendo todos os profissionais neste processo, desenvolvendo os processos de comunicação entre profissionais e utentes.
3 Inquérito de satisfação	<ul style="list-style-type: none"> Aferir regularmente o nível de satisfação dos utentes, recorrendo a uma entidade independente (resultados do primeiro inquérito divulgados no dia 7 de Abril de 2003).
4 Compromisso de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> Implementar uma nova atitude organizacional de acordo com a visão, missão e os valores preconizados e aprovados pela totalidade dos hospitais.
5 Nova identidade da rede SA	<ul style="list-style-type: none"> Criar a nova imagem de marca da rede de hospitais SA, reforçando a notoriedade e os valores do projecto de empresarialização.
6 Portal hospitais SA	<ul style="list-style-type: none"> Lançar o portal dos hospitais SA, assegurando um canal de comunicação permanente com os utentes e de apoio aos profissionais de saúde.

Também no *site* www.hospitaissa.pt estão disponíveis, em detalhe, os estudos efectuados no âmbito destes diferentes programas, salientando-se, todavia, a enorme inovação que representou o lançamento de um inquérito de satisfação a uma amostra elevada de utentes, simultânea a todos os hospitais da rede SA. Este indicador está hoje também associado, em termos contratuais, à avaliação de desempenho das equipas de gestão e dos diferentes serviços hospitalares.

3. Informação pública e comunicação

A gestão da informação é a essência de qualquer reforma e processo de mudança.

Assumi-se como pressuposto de acção que deveria ser iniciada uma prática regular de divulgação de informação, felizmente em crescendo na Administração Pública portuguesa. Os diferentes *stakeholders* da saúde têm direito a dispor de informação sobre as unidades públicas e as actividades da administração. A nova Entidade Reguladora da Saúde viverá disso. «Sem informação não poderá haver regulação.»

Uma das iniciativas do projecto ComuniCare era justamente o portal dos hospitais SA, onde de forma sistemática têm sido disponibilizados todos os conteúdos que correspondem às iniciativas desenvolvidas. O portal tem ainda a ambição de ser um instrumento de partilha de conhecimento entre todos os profissionais dos hospitais e também do sector, tendo ficado previsto o arranque de novas funcionalidades daquilo que se designa como intranet.

Mas a informação deve ser vista também pela óptica da gestão. As maiores economias e eficiência futura estão associadas à capacidade de anteciparmos hoje as necessidades de informação que vamos ter no futuro. O grande desperdício do nosso sistema de saúde ocorre por falta de informação oportuna e fiável, em dois planos: no plano da prestação de cuidados propriamente dita, onde existe ainda uma profunda ineficiência na organização da informação (veja-se o caso das listas de espera); no plano operacional (onde os ganhos poderão ser notáveis!), área onde será necessário conseguir uma gestão da rede de cuidados que permita o agendamento de actos, a partilha de registos e o acesso dos utentes e profissionais à informação sobre os seus episódios e acessos. A partir de uma consulta no médico de família, este deveria poder agendar uma consulta de especialidade no hospital de referência, introduzir uma prescrição no sistema de convencionados ou agendar mesmo uma intervenção cirúrgica no hospital. O prestador, qualquer que seja, deveria poder aceder à informação global do doente em qualquer parte do sistema, evi-

tando assim os repetidos exames e actos desnecessários.

Isto significa melhorar dramaticamente a qualidade e a integração da prestação de cuidados.

Num outro plano, a orientação por processos, e não por função, e a informatização progressiva dos mesmos permitirão agilizar os procedimentos necessários ao combate ao desperdício, à burocracia e à falta de informação de gestão, que impede um conhecimento permanente sobre as variáveis de qualidade ou financeiras que se pretendem monitorizar. O comportamento dos agentes mudará radicalmente se compreenderem que o sistema dispõe de meios de registar as suas actividades e decisões. O combate à fraude e desperdício tem uma componente eminentemente psicológica que não é desprezível.

Estamos na fase da implementação das políticas que suportam uma enorme reforma do sistema de saúde e a informação é o factor mais importante para a monitorização do seu progresso e dos seus resultados. O Plano de Acção dos Hospitais SA para 2004 testemunha essa ambição (*Quadro VIII*).

A Unidade de Missão dos Hospitais SA orgulha-se de ter sido uma «incubadora» de novas ideias e projectos que ajudarão a mudar a face da saúde em Portugal.

O projecto do «Contact-Center» da saúde, o novo cartão de utente, que permitirá agilizar as transacções que o novo sistema de financiamento introduziu, e o sistema de registo e monitorização de candidatos a cirurgia são três bons exemplos de aproveitamento do potencial que os sistemas de informação introduzem na melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

4. A agenda estratégica do futuro

Seria um enorme retrocesso para o país que a experiência dos SA não pudesse ser alargada a mais hospitais da rede pública, mesmo a hospitais universitários, que seguramente poderiam acrescentar valor alojando investigação no domínio das ciências da gestão.

O «papão» da privatização na saúde tem condicionado a decisão política, mas fica provado que a gestão empresarial é um bom concurso para o aumento de eficiência e para proteger o interesse público. A questão a saber é se o Estado pode fazer melhor essa gestão através do sector público empresarial ou se a fará melhor através de parcerias com o sector privado e social. O lançamento de um arrojado plano de parcerias público-privadas — 10 hospitais — coloca na agenda se não seria mais útil ao país e mais barato ao contribuinte dinamizar novas parcerias público-privadas a partir de uma dezena de hospitais

da rede SA, talvez os de pior desempenho, aumentando assim o desafio aos respectivos parceiros.

O novo modelo de financiamento potencia uma nova relação contratual que, sendo mais explícita, é mais exigente, permitindo um total acompanhamento do desempenho das unidades, evitando, com segurança, qualquer comportamento de selecção adversa. Estimular a competição neste novo quadro de diferentes naturezas jurídicas dos hospitais pode acelerar os ganhos de eficiência e melhorar consideravelmente o nível de serviço aos utentes.

O risco contratual do Estado não é maior nas parcerias já existentes, seja na saúde, seja na concessão de serviços públicos tão importantes como as *utilities* (água e energia) ou nas SCUTS das auto-estradas de Portugal.

Os grandes objectivos estratégicos do futuro devem estar centrados no aumento da liberdade de escolha do cidadão, na maior integração de cuidados e na melhoria dos níveis de serviço. Não devem continuar centrados na propriedade do prestador, quando do que se trata é de alcançar um modelo de maior eficiência.

Só aparentemente a liberdade de escolha parece estar em conflito com uma maior integração de cuidados.

A liberdade de escolha é o melhor caminho para que a competição se faça pela qualidade. Essa deverá ser a prioridade.

□ Bibliografia

BOELEN, C., *et al.* — Improving health systems : the contribution of family medicine : a guide book. Miami : Wonca, 2002.

CAMPOS, A. C. — Despesa e défice na saúde : o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*. XXXVI : 161 (2002) 1079-1104.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH — The 10/99 Report on Health Research 2001-2002. Geneva : Global Forum for Health Research, 2002.

HERZLINGER, R. E. — Creating new health care ventures : the role of management. Maryland : Aspen, 1992.

KONGSTVEDT, P. R. — Essentials of managed health care. Maryland : Aspen, 1997.

JENNINGS, K.; MILLER, K.; MATERNA, S. — Changing health care : creating tomorrow's winning health enterprise today. California : Andersen Consulting & Knowledge Exchange, 1997.

Quadro VIII

Plano de acção 2004 — melhoria contínua da qualidade e da eficiência

Prioridades para 2004



Iniciativas inscritas no plano de acção para 2004

1. *Disease staging* — melhoria de *performance* dos hospitais.
2. Gestão das urgências.
3. Qualidade dos processos — promoção da acreditação dos hospitais.
4. Melhores práticas clínicas (por exemplo, ambulatorização de cuidados e internamento).
5. Melhoria do acesso (facilitar) — gestão da lista de inscritos para cirurgia.
6. ComuniCare — melhoria do serviço e da comunicação.
7. Articulação com os cuidados primários.
8. Articulação com os cuidados continuados.
9. Optimização de proveitos na rede SA.
10. Acordo colectivo de trabalho (ACT).
11. Sistema de incentivos.
12. Políticas de gestão de RH e projectos de desenvolvimento organizacional.
13. Melhores práticas operacionais (por exemplo, racionalização de consumos, fármacos).
14. Planeamento e controlo de objectivos.
15. Procedimentos de controlo interno.
16. Processo de informatização dos hospitais.
17. Sistema de suporte aos processos de aquisição.
18. Redesenho da rede SA.

LINDORFF, D. — The rise of the for-profit hospital chains : Marketplace Medicine. New York : Bantam Books, 1992.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT. Administration des Soins de Santé — Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés. Bruxelles : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, 2001.

NOLA, T., *et al.* — Reducing delays and waiting times throughout the healthcare system. Boston : Institute for Healthcare Improvement, 1996.

NUNES, R.; REGO, G. — Prioridades na saúde. Lisboa : McGraw-Hill, 2002.

PORTUGAL. Departamento de Clínica Geral. Instituto Superior de Estudos Empresariais. Universidade do Porto — Fórum de Economia da Saúde. Porto : Faculdade de Medicina do Porto, 2000.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade de Missão dos Hospitais, SA — Relatório de actividade do ano 2003. Lisboa : Unidade de Missão dos Hospitais, SA, 2004.

PORTUGAL. Observatório Nacional dos Sistemas de Saúde — O estado da saúde e a saúde do Estado. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

PREKER, A. S.; HARDING, A. — Innovations in health service delivery : the corporatization of public hospitals. Washington, D. C. : The World Bank, 2003.

SERRÃO, D. — A saúde em Portugal. *Brotéria. Revista de Cultura*. 149 (1999) 447-460.

VARO, J. — Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitários : un modelo de gestión hospitalaria. Madrid : Ediciones Diaz de Santos, 1994.

□ Abstract

THE REFORM OF THE PUBLIC HEALTH SECTOR: THE PRIVATIZATION OF 34 PORTUGUESE HOSPITALS

Corporative run hospitals (hospitais SA) have breached with the concept that it is not possible to introduce changes in the health system, mobilizing all the agents towards a common goal, thus obtaining some profit in efficiency, in a short term. Hospitais SA are the means (instrument) and not the goal to get greater efficiency, when setting out the resources and when managing the present capacity of the public network to deliver health care.

Hospitais SA have assumed the role of a powerful catalyst in the structural reform of the Portuguese hospital sector (financing model, evaluation of the merit in performance) and of an incubator of new ideas and experiences (systematic *benchmarking*, innovation in the management of the lists of patients enrolled for surgery).

The first year of activity, showed a significant positive shift in efficiency (a decrease of 5.8% of the unitary costs), subsequent to a considerable increase in the production and containment of operational costs. The employed effort improved the access and the level of quality and services, contributing for future sustainable gains in health.