

ANEXOS

- ANEXO I – Resolução 13/96, de 24 de Janeiro, do Conselho de Ministros
- ANEXO II – Despacho 43/96, de 8 de Fevereiro, da Ministra da Saúde
- ANEXO III – Discurso do Presidente, em 22 de Março de 1996
- ANEXO IV – Lista das entidades convidadas, por escrito, a enviarem contributos
- ANEXO V – Discurso de apresentação pública do documento “Opções”
- ANEXO VI – Pluralismo Estruturado
- ANEXO VII – Documento da APES
- ANEXO VIII – Lista de pessoas e instituições que enviaram trabalhos ao CRES
- ANEXO IX – Opções para um debate nacional

ANEXO I

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

1. *Resolução do Conselho de Ministros n.º 13/96*

Nos países democráticos vive-se, actualmente, uma crise generalizada dos sistemas de saúde, que oscilam entre atribuir uma responsabilidade total ao Estado ou entregar essa responsabilidade ao cidadão.

Entre estes dois modelos, o primeiro, estatizante ou socializante, baseado na teoria da solidariedade, e o segundo, liberal, fundado no conceito de autonomia da pessoa, perfilam-se numerosas opções intermédias, alicerçadas em diferentes pressupostos éticos, económicas e médicos.

Quase sem excepção, os países democráticos estão a evoluir para estas opções intermédias ou mistas, fazendo, no entanto, anteceder a decisão política final de um amplo debate com a sociedade civil. É esta também a orientação do Governo.

Neste sentido, os problemas ligados à promoção da saúde e ao tratamento da doença devem ser equacionados no quadro das alterações globais, previsíveis para os próximos 15 anos, não apenas relativas aos avanços científicos e tecnológicos, mas também relacionadas com a redefinição do conceito de direito à saúde.

Assim, tendo presentes estes pressupostos e a necessidade de envolver todos os cidadãos na definição dos critérios relativos à reforma do sistema de saúde, o Conselho de Ministros entendeu criar um conselho de reflexão sobre a saúde, independente e autónomo, incumbido de proceder a estudos e apresentar propostas sobre esta matéria.

A este conselho é conferido o direito de obter, de fontes governamentais, todos os dados estatísticos e outros de que necessite para o seu trabalho, no respeito pela confidencialidade a que se obriga. O conselho deverá ainda assegurar, da parte de entidades privadas, as contribuições necessárias, bem como acolher e estudar todas as sugestões e opiniões enviadas, quer por instituições, quer por cidadãos.

Esta questão é fundamentalmente financeira, porque envolve vultosas verbas com incidência particular na área orçamental, é técnico-científica, porque implica a acção directa dos profissionais de saúde e a análise das suas condições de trabalho, e é ética, porque estão em causa valores de justiça e de solidariedade, dos quais um Estado moderno não pode nem deve alhear-se.

Espera o Governo conseguir, desta forma, um contributo valioso e qualificado para a resposta a encontrar sobre a complexa questão do equilíbrio indispensável entre o esforço financeiro pedido aos cidadãos contribuintes para enfrentar as despesas com os cuidados de saúde a prestar à população e a dimensão, qualidade e custos correspondentes à prestação desses mesmos cuidados.

Assim, nos termos da alínea g) do artigo 202.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

- 1 — Criar o Conselho de Reflexão sobre a Saúde, encarregado de proceder aos estudos para apresentação de propostas conducentes à reforma do sistema de saúde.
- 2 — Incumbir o Ministro da Saúde de definir, por despacho, a composição do Conselho e as regras do seu funcionamento, bem como a fixação do prazo para a apresentação do relatório final.

Presidência do Conselho de Ministros, 24 de Janeiro de 1996. - O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

ANEXO II

Desp. 43/6 — Em cumprimento do disposto no n.º 2 da Resol. Cons. Min. 13/96, de 24-1, publicada no *DR*, 1.ª-B, 33, de 8-2-96, que criou o Conselho de Reflexão sobre Saúde e lhe assinalou os objectivos, determino o seguinte:

- 1 — O Conselho de Reflexão sobre Saúde, adiante designado por Conselho, criado através da Resol. Cons. Min. 13/96, para proceder aos estudos e apresentar propostas conducentes à reforma do sistema de saúde, é integrado pelas seguintes individualidades:
Prof. Doutor Daniel dos Santos Pinto Serrão, que assumirá as funções de presidente;
Dr. Alexandre Vieira Abrantes;
Dr. António José Barros Veloso;
Prof. Doutor Guilherme Freire Falcão de Oliveira;
Prof. Doutor José Manuel Lopes da Silva Moreira;
Dr. Manuel Martins dos Santos Delgado;
Enfermeira Mariana Dulce Diniz de Sousa.
 - 2 — O Conselho desenvolve a sua actividade livremente, com total independência e autonomia técnica, sem qualquer vínculo institucional ao Ministério da Saúde, cabendo a este garantir-lhe a cooperação e a disponibilização de meios ou suportes de informação que solicitar.
 - 3 — O Conselho fica sediado na Administração Regional de Saúde do Norte, a qual facultará instalações, bem como o apoio administrativo e de secretariado necessários.
 - 3.1 — Aos membros do Conselho, e conforme vontade expressa das individualidades designadas para o constituir, não serão devidas quaisquer remunerações em consequência dos trabalhos que tiverem de executar.
 - 3.2 — Os encargos que decorram do funcionamento do Conselho, nomeadamente os abonos resultantes de deslocações e ajudas de custo, serão atribuídos segundo as normas legais vigentes na Administração Pública e satisfeitos por conta das verbas afectas ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.
 - 4 — O Conselho definirá o seu próprio regimento, devendo, das reuniões plenárias, ser elaboradas actas, a subscrever por todos os seus membros presentes.
 - 5 — A apresentação à Ministra da Saúde de documento contendo as propostas a elaborar pelo Conselho terá lugar no prazo de 12 meses, contado a partir da constituição do órgão.
 - 6 — O Ministério da Saúde assume o compromisso de publicar o texto que lhe for entregue pelo Conselho, para ser sujeito à discussão pública durante o período de três meses, e, nomeadamente, para colher as críticas e contributos das organizações representativas dos cidadãos, bem como dos profissionais envolvidos na área da saúde.
 - 7 — O Conselho assume o encargo de recolher e analisar todas as opiniões, sugestões ou críticas, elaborando um relatório final com recomendações e propostas objectivas decorridos três meses após o encerramento da discussão pública.
 - 8 — Sempre que tal se justificar, em caso de falta ou impedimento de qualquer dos membros do Conselho, a Ministra da Saúde poderá autorizar a respectiva substituição, mediante proposta do presidente.
 - 9 — Sempre que necessária, o Conselho promoverá a colaboração, a título eventual, de outros elementos, devendo obter-se a anuência dos responsáveis pelos organismos ou serviços a quem prestem actividade, os quais ficarão sujeitos ao regime definido no n.º 3.1 deste despacho.
 - 10 — O presente despacho entra em vigor em 13-2-96.
- 8-2-96 — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

ANEXO III

Senhora Ministra da Saúde

Este acto de início de actividade, na sua simplicidade, configura um momento importante na sociedade portuguesa.

Sete cidadãos independentes assumem, livremente, perante o país, o encargo de realizar, em tempo útil, uma reflexão abrangente sobre a saúde em Portugal.

A urgente necessidade de proceder a este exercício foi sentida pelo Conselho de Ministros que, pela sua Resolução nº 13/96, criou formalmente o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES) e pela Senhora Ministra da Saúde que, com o dinamismo que todos lhe reconhecem, avançou decididamente para a sua formalização pelo Desopacho nº 43/96, de 8 de Fevereiro

Fui distinguido com o seu convite, Senhora Ministra, para constituir este Conselho e a ele presidir e rapidamente acordamos nas pessoas e na metodologia a seguir. Um bom augúrio, diriam na Roma dos Césares.

Do que se trata, minhas senhoras e meus senhores, é de elaborar um texto não retórico mas objectivo, não demagógico mas realista, não académico e formal, mas simples, compreensivo e pedagógico, que faça o retrato fiel da situação actual, referida, quanto possível, a Dezembro de 1995, de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde, em Portugal.

Este documento terá uma introdução descritiva e factual, terá um corpo doutrinário e terá uma síntese final.

O corpo doutrinário será dividido em três partes, cada uma versando uma área específica, independentes mas integradas na síntese final.

A primeira destas três partes é a da eticidade e justiça do sistema de saúde que temos em Portugal. Que princípios éticos o devem informar? Em que medida esses princípios estão a ser seguidos no sector público, no sector privado e no sector convencionado do nosso sistema de saúde? Que linhas de desenvolvimento deverão ser seguidas para que o sistema actual evolua e realize a justiça como equidade?

Esta área é da responsabilidade do Prof. Guilherme de Oliveira, da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra que há muitos anos pensa e escreve sobre os problemas éticos e jurídicos na área da saúde e é o responsável pelo Centro de Direito Biomédico. Cabe-lhe reflectir, por si próprio e com base nas contribuições já apresentadas neste domínio — ainda recentemente o Prof. Boaventura de Sousa Santos se pronunciou publicamente sobre este tema — e nas que vierem a ser remetidas para o Conselho durante os próximos dez meses, tanto por pessoas singulares como por instituições. Apelo, desde já, a todos os que se tem interessado por um sistema de saúde equitativo, nomeadamente os Sindicatos, alguns dos quais como o dos Bancários organizaram e mantêm sistemas alternativos ao Serviço Nacional de Saúde, e as Uniões de Sindicatos como a UGT a CGTP e outras. Apelo para que remetam ao CRES os seus pontos de vista e as suas propostas.

A segunda área é a da execução técnico-profissional e da qualidade científica, no interior do sistema. Aqui está em causa o trabalho concreto de médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e auxiliares, em todas as unidades de saúde, públicas, privada e convencionadas.

Ninguém duvida que os recursos humanos são o núcleo central do sistema de saúde. Pelas suas características peculiares, os cuidados de saúde são prestados por pessoas humanas qualificadas e não pelos edifícios, as camas, as salas de operações, os aparelhos, ou os medicamentos. Tudo isto está ao serviço dos profissionais de saúde e são eles que determinam o seu bom ou mau uso, são eles, os profissionais, que geram os custos financeiros a partir das decisões que tomam, são eles, médicos, enfermeiros e técnicos, que são, de facto, os primeiros responsáveis pela boa ou má qualidade dos serviços que as pessoas usam, no público ou no privado; são também eles, com relevo para os médicos, que assumem a difícil missão de acolher as pessoas que têm necessidade de ajuda e de satisfazer essa necessidade em tempo útil e com boa qualidade. Quando este último papel não é bem desempenhado, seja no sector público seja no sector privado ou convencionado, cria-se um sentimento de insatisfação que rapidamente se difunde e, o que é pior, se instala como um facto adquirido. O Conselho, tenho a certeza, irá receber inúmeras queixas relatando situações pontuais que geraram insatisfação numa pessoa doente ou nos seus familiares. Todas serão devidamente ponderadas. Mas o que verdadeiramente importa ao Conselho, nesta fase, é encontrar os princípios-chave da boa prática médica, da boa prática da prestação de cuidados de saúde. Parece uma tarefa imensa, um labirinto sem saída, mas não é.

São responsáveis por esta área o Dr. Barros Veloso, um clínico arguto e com larga experiência de análise do trabalho médico no que ele tem de essencial e o Prof. Alexandre Abrantes, Doutor em Saúde Pública um perito da organização do trabalho médico que neste momento se encontra nos Estados Unidos a terminar um projecto para o Banco Mundial relacionado com a reforma do Sistema de Saúde no Brasil.

Para o sector do desempenho dos Enfermeiros e dos Técnicos de Saúde o Conselho conta com a experiência, a capacidade técnica e científica e o pragmatismo da Senhora Enfermeira Mariana Diniz de Sousa que dirigiu durante anos e com muito êxito os recursos humanos na Saúde.

Esta é uma área onde são inúmeros os contributos no passado recente e onde se espera um vasto afluxo de opiniões nos próximos dez meses; recentemente o Prof. Constantino Sakelarides e o Dr. Mário da Silva Moura, Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral apresentaram, publicamente, pontos de vista que o Conselho vai recolher e sobre os quais terá de reflectir; órgãos institucionais tão importantes como a Ordem dos Médicos e os Sindicatos, de médicos, de enfermeiros e de técnicos, sentir-se-ão na obrigação de fazer chegar ao Conselho, por escrito, os seus pontos de vista e as suas sugestões concretas sobre a situação do exercício técnico-profissional na prestação de cuidados de saúde. É sobre estes documentos que o Conselho vai trabalhar procurando integrar as posições particulares, diria corporativas no bom sentido, num contexto de reflexão global e abrangente.

A terceira área, verdadeiro calcanhar de Aquiles do documento, é a da gestão económica e financeira do sistema de prestação de cuidados de saúde.

Nesta área as dificuldades são imensas e o diálogo com a sociedade civil tem de ser aqui, muito intenso, muito frequente, muito esclarecedor e muito corajoso.

Por motivos psicologicamente bem compreensíveis, o facto de as pessoas, no momento em que usam serviços públicos de prestação de cuidados de saúde, não pagarem nada, gerou a convicção de que os cuidados de saúde são gratuitos, de que são um serviço público sem custos e inteiramente à disposição dos cidadãos a qualquer hora do dia ou da noite.

Ora todos nós sabemos que a prestação de cuidados de saúde tem custos e custos muito elevados; basta olhar para o orçamento do Ministério da Saúde e para os custos com a saúde distribuídos por vários outros ministérios ou simplesmente para a factura paga numa Casa de Saúde privada por uma operação para extrair uma vesícula com cálculos, por exemplo.

A prestação de cuidados de saúde é muito cara e os seus custos têm sempre de ser pagos.

Mas pagos por quem? e a quem?

Quem é o financiador? o orçamento geral do Estado e só é ele?

Quem são os prestadores? As unidades de saúde do Estado? E só elas?

Que lugar para uma prática privada?

Que lugar para uma cobertura do risco de adoecer pela indústria seguradora?

Que lugar para um seguro social obrigatório consignado à prestação de cuidados que satisfaçam necessidades básicas de saúde?

Por toda a Europa ferve a discussão sobre este tema. O Reino Unido fala, claramente, de racionamento dos cuidados de saúde que são dependentes, financeiramente, do orçamento público. A Holanda e a Suécia discutem o pacote básico de cuidados necessários e as implicações éticas e financeiras desta decisão. A França e a Bélgica preparam uma profunda reforma da Segurança Social e das instituições que prestam cuidados de saúde, tentando descentralizar a gestão dos custos e, portanto, também das prestações aos cidadãos, encarando-se a hipótese de uma espécie de imposto camarário ou regional consignado para a saúde.

Em toda a Europa se fala da urgente necessidade de desburocratizar o sistema de prestação de cuidados de saúde tornando mais leve e flexível a sua utilização pelos cidadãos de uma Europa sem fronteiras onde é livre a circulação de pessoas e bens.

Num país como Portugal, com grandes desigualdades sociais, culturais e económicas entre os seus habitantes, uma proposta economicamente correcta pode ser socialmente intolerável e eticamente injusta.

Para esta área o Conselho dispõe de dois especialistas competentes: o Dr. Manuel Delgado que preside à Associação dos Administradores Hospitalares, com vasta experiência

profissional e o Professor José da Silva Moreira, da Faculdade de Economia do Porto com importante obra publicado sobre este tema.

Um e outro estão perfeitamente qualificados para reflectir sobre a economia dos cuidados de saúde e a sua relação com a ética, a justiça e as exigências técnico-profissionais.

Também nesta área há contribuições nacionais recentes como a do Prof. Vasco Reis e dos seus colegas da Escola Nacional de Saúde Pública que há muitos anos reflectem sobre economia da saúde, a do Dr. Henrique Medina Carreira e o estudo dos Drs Diogo de Lucena, Miguel Gouveia e Pedro Pita Barros sobre financiamento do sistema de saúde em Portugal.

Mas é nesta área que o meu apelo para a participação da sociedade civil é mais intenso ou, se preferirem, mais dramático. É necessário que todos os portugueses, seja qual for o seu partido político, o seu nível cultural e a sua situação económico-financeira e patrimonial, discutam o problema dos custos dos cuidados de saúde; e não apenas dos seus mas os de todos os que constituem este núcleo de coesão social ao qual chamamos Portugal. E que façam presentes, ao Conselho, os resultados dos debates que, um pouco por todo o País e não apenas nas grandes cidades, irão ser desencadeados, assim o espero, pelas organizações da sociedade civil, pelos corpos intermédios da administração civil, nomeadamente os municípios e as juntas de freguesia, pelas associações de doentes, etc.etc.

Se na área dos custos da saúde cada um olhar apenas para si e não se sentir solidário com mais dez milhões de portugueses que irão, um dia, adoecer, que vão ter uma doença muito incapacitante ou incurável, que vão envelhecer e precisar de apoio e acompanhamento durante meses ou anos — então a coesão social está ameaçado e a própria existência de Portugal como nação é questionável.

É por isto que o problema da prestação de cuidados de saúde não é um problema de política partidária ou de opção ideológica, como foi há 20 anos e no passado, mas é um grande problema nacional sobre o qual um amplo consenso da sociedade civil é absolutamente necessário.

O trabalho do Conselho de Reflexão sobre a Saúde é essencialmente o de reunir e sintetizar os elementos necessários para um debate nacional amplo e informado, exterior à paixão política e aos tabus ideológicos.

O documento inicial e provisório será oferecido à discussão pública durante seis meses e só depois o Conselho irá elaborar o documento final.

Pretende-se que este documento final seja uma espécie de contrato social para a saúde que possa ajudar a orientar as decisões políticas durante muitos anos.

A saúde dos portugueses é um bem precioso. A sua manutenção por meios preventivos e de educação é um dever e uma obrigação de um Estado bem ordenado e dirige-se, por igual, a todos os cidadãos. É, sem nenhuma dúvida, uma responsabilidade do Governo pelo seu Ministério da Saúde, esta de educar para a saúde e prevenir a doença de todos os cidadãos.

Mas o adoecer é um acontecimento biográfico individual, quase sempre imprevisível, muitas vezes inesperado. É um risco.

A cobertura deste risco não é, necessariamente, uma responsabilidade pública a assumir, obrigatoriamente, pelo Estado, embora possa sê-lo se a sociedade civil assim o desejar.

Esta é a grande questão que tem de ser posta em termos éticos, em termos técnico-profissionais, e em termos económico-financeiros a todos os portugueses.

O Conselho tudo fará para ajudar as pessoas a decidirem.

Mas o Conselho não terá êxito se os meios de comunicação social escrita, falada e visual, jornais, rádios e televisões, não fizerem sua esta empresa que hoje vai arrancar. Se não considerarem o Conselho de Reflexão sobre a Saúde como um parceiro seu que vão apoiar e criticar, que vão desafiar para debates, colóquios, mesas-redondas, pequenos-almoços, etc., ou seja, para tudo o que permita difundir o trabalho e a metodologia de diálogo permanente que é a deste Conselho. A todos apelo porque os meios de comunicação social serão o verdadeiro órgão efectivo do Conselho.

Muitos Serviços do Ministério da Saúde nomeadamente o Departamento de Estudos e Planeamento e o Instituto de Gestão Informática e Financeira dispõem de elementos preciosos sobre a situação das condições de prestação de cuidados de saúde em Portugal e a eles o Conselho irá recorrer. Mas esta informação, valiosíssima, tem de ser analisada numa perspectiva global e tornada inteligível para o grande público que precisa de compreender primeiro para decidir depois.

Senhora Ministra da Saúde

O Conselho de Reflexão sobre a Saúde, criado independente como era necessário, vai realizar um trabalho humilde, leal, sério e rigoroso. Não nos consideramos iluminados ou possuídos pela verdade absoluta e a nossa reflexão será feita na dúvida e no temor.

O nosso juiz será o povo português.

Mas o Conselho sentir-se-á recompensado se o Governo, pela Ministra da Saúde, acolher com simpatia o resultado final do nosso trabalho.

É o meu voto final. Muito obrigado em nome de todos os membros do Conselho.

Daniel Serrão

ANEXO IV

Associação Portuguesa de Ciência
Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos
Bastonário da Ordem dos Médicos
Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa
Director da ADSE
Director da Escola Nacional de Saúde Pública
Director do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
Director do Departamento de Prospectiva e Planeamento
Director do Instituto de Clínica Geral da Zona Centro
Director do Instituto de Clínica Geral da Zona Norte
Director do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul
Director do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de S. João
Director-Geral do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
Ministro da Justiça - Dr. José Eduardo Vera Cruz Jardim
Ministro das Finanças - Prof. Doutor António Luciano de Sousa Franco
Presidente da Academia Portuguesa de Medicina
Presidente da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde
Presidente da Associação dos Técnicos de Neurofisiografia
Presidente da Associação dos Técnicos de Radiologia de Portugal
Presidente da Associação Nacional de Municípios
Presidente da Associação Nacional dos Técnicos de Farmácia do Grupo de Diagnóstico e Terapêutica
Presidente da Associação Portuguesa de Dietistas
Presidente da Associação Portuguesa de Economia da Saúde
Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros
Presidente da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Presidente da Associação Portuguesa de Ortopetistas
Presidente da Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional
Presidente da Associação Portuguesa dos Higienistas Orais
Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
Presidente da Associação Portuguesa dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública
Presidente da Associação Portuguesa dos Técnicos de Anatomia Patológica
Presidente da Associação Portuguesa dos Técnicos de Audiologia
Presidente da Associação Portuguesa dos Terapeutas da Fala
Presidente da Comissão Executiva da Federação Nacional dos Médicos

Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República
Presidente da Conferência Episcopal (D. João Alves)
Presidente da Direcção da Sociedade de Medicina do Trabalho
Presidente da Direcção do Sindicato Independente dos Médicos - SIM
Presidente da Federação Nacional dos Sindicatos de Enfermagem
Presidente da Filial em Portugal das Testemunhas de Jeová
Presidente da União das Misericórdias Portuguesas
Presidente da União dos Adventistas do 7º Dia
Presidente do CDS Partido Popular
Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte
Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Centro
Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Algarve
Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Alentejo
Presidente do Conselho de Administração da Caixa Geral de Depósitos
Presidente do Conselho Directivo da Associação Portuguesa de Seguradores
Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina de Coimbra
Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina de Lisboa
Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina do Porto
Presidente do Conselho Directivo do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Presidente do Conselho Directivo do Instituto de Seguros de Portugal
Presidente do INFARMED
Presidente do Partido Ecologista “Os Verdes”
Presidente do Partido Social Democrata
Presidente do Sindicato Democrático dos Trabalhadores de Diagnóstico e Terapêutica
Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Centro
Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Norte
Presidente do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
Presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Sul
Presidente do Sindicato dos Técnicos Paramédicos
Presidente do Sindicato Independente de Enfermeiros da Região Sul
Secretariado em Portugal da Interpharma
Secretário de Estado do Desenvolvimento Regional
Secretário-Geral da Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses (CGTP-Intersindical)
Secretário-Geral da UGT
Secretário-Geral do Partido Comunista Português
Secretário-Geral do Partido Socialista

ANEXO V

Senhora Ministra da Saúde

Ilustres Autoridades

Minhas Senhoras e meus Senhores

O Conselho de Reflexão sobre a Saúde foi criado em Fevereiro do ano passado pelo Conselho de Ministros com o encargo de “proceder aos estudos para apresentação de propostas conducentes à reforma do sistema de saúde” (Resolução nº 13/96, do Conselho de Ministros, de 24 de Janeiro de 1996).

A Senhora Ministra da Saúde, a quem cumprimento com o respeito que é devido à função e, neste caso, também à pessoa e a quem agradeço a honra que nos dá com a sua presença, executou esta resolução constituindo, cuidadosamente, o Conselho como uma estrutura independente e que é formado por seis personalidades de reconhecida capacidade, a Enf^a. Mariana Diniz de Sousa, o Prof. Alexandre Abrantes, o Dr. Manuel Delgado, os Prof. José Manuel Moreira e Guilherme de Oliveira e o Dr. António Barros Veloso, cabendo-me a mim a coordenação.

Em 22 de Março, o Conselho começou a trabalhar fazendo uma primeira apresentação pública, em Lisboa, honrada também com a presença da Senhora Ministra na qual tive a oportunidade de apelar para todos quantos sabem de saúde em Portugal, no sentido de nos enviarem as suas opiniões sobre o sistema de saúde português, no presente e no futuro, e de pedir a ajuda dos meios de comunicação social para que o país, todo o país, debatesse com inteira liberdade e independência as questões da saúde, para além das ideologias políticas.

E muita coisa aconteceu, em 1996, em Portugal.

Recebemos numerosos contributos de pessoas individuais, de organizações profissionais, das Direcções Gerais do Ministério, das grandes empresas nacionais e estrangeiras de medicamentos.

Ouvimos muitas entidades públicas e privadas da área da saúde, com destaque para o recém-formado Forum Acção para a Saúde que reúne vários sistemas complementares de saúde, os quais atendem, no seu conjunto, cerca de dois milhões e quinhentas mil pessoas.

A todos o Conselho agradece o interesse manifestado e a qualidade dos contributos.

Alguns jornais diários e semanários, com relevo para o Diário de Notícias, que deu especial atenção às Urgências, realizaram reportagens e estudos sobre o Serviço Nacional de Saúde, apontando defeitos e clamando por soluções. Já em 1997, há poucos dias, o Jornal de Notícias também “atacou” o problema das urgências.

As televisões ainda não “agarraram” o tema como o Conselho gostaria que o tivessem feito; algumas rádios trataram aspectos pontuais dos cuidados de saúde, chamando a atenção dos ouvintes para a importância nacional deste problema.

A Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares realizou vários debates sobre o tema da Saúde, bem como a Associação Portuguesa de Economia da Saúde, o Sindicato Nacional dos Enfermeiros e algumas organizações do âmbito da medicina privada.

A Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António, realizou em Coimbra, um debate que depois publicou em livro juntamente com um inquérito distribuído pelo Jornal Público. Agradeço ao Dr. Luís Roseira o envio da análise aos resultados desse inquérito.

A Ordem dos Médicos tem prestado uma continuada atenção aos problemas do exercício técnico-profissional. E sei que uma distinta administradora hospitalar está a preparar uma tese de mestrado em Economia da Saúde, na Universidade de Lisboa.

O Conselho foi recebido e interpelado pelos Senhores Deputados da Comissão de Saúde da Assembleia da República e esta, pouco depois, organizou umas jornadas de debate da política de saúde, nas quais participaram, por convite, dois membros do CRES, a Senhora Enf. Mariana Diniz de Sousa e o Sr. Dr. Manuel Delgado, não como membros do Conselho, mas por serem especialistas reputados e de reconhecida competência nas suas áreas profissionais: a enfermagem e a gestão de cuidados de saúde.

Finalmente, o Ministério da Saúde elaborou, como lhe compete, e apresentou publicamente, um importante documento com as estratégias a desenvolver, para que no ano de 1997, o Serviço Nacional de Saúde possa cumprir melhor os seus objectivos. Este programa estratégico de 45 pontos, propõe medidas que se destinam, umas a dar execução ao que está na legislação e nunca foi cumprido e outras a tentar conseguir que o Serviço Nacional de Saúde funcione de modo mais articulado e mais eficiente para benefício das pessoas que o procuram.

Esta proposta estratégica para 1997, não esvazia de sentido o Conselho de Reflexão, antes o reforça e ajuda, pois o que o Serviço Nacional de Saúde conseguir ou não realizar em 97, servirá de contraponto às recomendações que o Conselho apresentará ao Governo em Setembro deste ano.

Numa área mais doutrinária e mais voltada para o futuro, saiu em 1996, um notável estudo coordenado por António Barreto intitulado “A Situação Social em Portugal, 1960-1995”, no qual o coordenador, com Clara Valadas Pinto e Henrique Medina Carreira analisam os indicadores de saúde com o maior rigor e oferecem interpretações com grande interesse para a planificação dos cuidados de saúde, no futuro, em Portugal.

Também a OCDE, o Banco Mundial e a OMS, produziram, neste ano de 1996, importantíssimos estudos para a compreensão do sentido orientador das grandes reformas dos cuidados de saúde, reformas que numerosos países, em todas as regiões do mundo, estão a desenvolver, independentemente de sistemas políticos e económicos que são, naturalmente, diversos.

De facto, por toda a parte, na América do Norte, no Brasil, no Chile, nos países europeus, com relevo para o Reino Unido e os países nórdicos, na África do Sul e no Japão - para falar apenas de projectos de reforma que o Conselho estudou - a palavra de ordem é a mesma: é preciso reduzir os custos dos cuidados de saúde sem cortar benefícios àqueles que não podem pagar esses cuidados.

1996 foi, em boa verdade, um ano muito animado na área da saúde e rico de sugestões para o trabalho do CRES.

Por quê e para quê, então, esta sessão pública antes do Conselho elaborar e entregar ao Governo o seu relatório final?

A resposta é simples de dar.

Na primeira Conferência Internacional sobre Prioridades em Cuidados de Saúde realizada em Estocolmo, em Outubro de 1996 e à qual assisti a título pessoal, ficou muito claro, depois de um debate apaixonado entre representantes dos 49 países presentes que:

Antes de propor qualquer modificação ou evolução para o sistema de cuidados de saúde num país, tendente a conseguir reduzir os custos, é necessário primeiro explicar muito bem à população como se estrutura o preço dos cuidados de saúde e quais os interesses envolvidos, individuais e sociais, e sua legitimidade; depois fixar, por meio de um debate democrático com a população, os objectivos e valores que a população deseja ver respeitados, com a prestação de cuidados de saúde; este debate não pode ser técnico nem reduzido a um plebiscito (tipo: é a favor ou contra um Serviço Nacional de Saúde geral e gratuito ?), porque nesta matéria seria preverter a democracia no sentido mais nobre e mais exigente desta palavra; deve ser um debate público, multicultural, amplo em relação às pessoas e às áreas territoriais e, legitimamente pedagógico, sempre que possível sobre um texto claro e informativo amplamente difundido.

A esta orientação juntou-se uma recomendação expressa num documento da Agência Europeia da OMS, a Carta de Ljubliana sobre reforma dos cuidados de saúde, que diz textualmente: “A reforma dos cuidados de saúde deve acontecer como parte coerente de uma política geral de saúde para todos, em consonância com as condições sócio-económicas do país. **Para o desenvolvimento desta política, é necessário um amplo consenso e do maior número possível de actores sociais relevantes.** As decisões técnicas e de gestão no desenvolvimento de um sistema de cuidados de saúde devem ser, quanto possível, baseadas em evidências. As reformas que lhe sejam introduzidas, devem ser continuamente observadas e avaliadas de uma forma transparente para o público.

Os governos devem promover o debate público dos objectivos e da sua relação com valores e assegurar a distribuição equitativa de recursos e a igualdade de acesso de toda a população aos cuidados de saúde. Devem, para tanto, promover iniciativas legislativas e regulamentares. E quando os mecanismos de mercado sejam apropriados, devem favorecer a competição na qualidade e no uso de recursos escassos”.

Com esta recomendação e tendo presente as orientações do debate de Estocolmo, o Conselho decidiu elaborar um texto no qual oferece à opinião pública portuguesa as opções possíveis quanto ao financiamento e gestão, para debate das vantagens e inconvenientes de cada uma, após apresentar uma análise, necessariamente sucinta, da situação da saúde em Portugal, análise desde já aberta a novos contributos que a completem ou, eventualmente, a corrijam.

É um documento para gerar debate em todos os estratos da sociedade portuguesa, nas organizações sócio-profissionais da saúde e fora dela, nos partidos políticos, nos meios de comunicação social. E, seguramente, na representação nacional, ou seja, na Comissão de Saúde da Assembleia da República e mesmo no Plenário, já que a este caberá, na altura oportuna, a última palavra.

Este é o objectivo do documento-opções que hoje é entregue à opinião pública, nesta sessão.

O Conselho de Reflexão sobre a Saúde estará muito atento durante os próximos 180 dias a tudo o que lhe seja enviado, a tudo o que apareça escrito, a tudo o que possa ser gravado, som ou imagem; e estará disponível, nas pessoas dos seus membros e do coordenador, para participar em reuniões de esclarecimento e de debate, sobre as opções e os conceitos apresentados no documento.

No Relatório final de recomendações que será entregue ao Governo e à Ministra da Saúde, dezoito meses depois da entrada em actividade do Conselho ou seja até 22 de Setembro deste ano, haverá uma exaustiva demonstração dos fundamentos dessas recomendações que o Conselho espera venham a produzir uma evolução do nosso Sistema de Saúde, nos próximos anos.

Para a boa qualidade dessas Recomendações de Setembro, para que elas não se reduzam a meras generalidades bem intencionadas, o debate que agora se inicia é necessário e fundamental.

Têm a palavra os cidadãos nacionais.

Intervir e participar neste debate será, certamente, uma forma apaixonante de exercer a cidadania.

E o exercício tranquilo e informado da cidadania é a verdadeira alma da Democracia representativa.

Têm a palavra, agora, os cidadãos.

Daniel Serrão

ANEXO VI

Julio Frenk publicou na revista Health Policy, em 1994 e 1995 (1, 2) dois artigos muito importantes sobre a conceptualização de uma reforma de cuidados de saúde.

Salienta que há duas formas de definir **sistema** quando falamos de sistemas de saúde: ou é o conjunto dos elementos mais ou menos associados para uma função comum, simples lista que não impõe que os elementos que o compõem estejam coordenados ou integrados; ou é as unidades constituintes e as suas inter-relações e, então, o verdadeiro sentido atribuído à palavra sistema, é que ela constitui um todo que é mais do que a soma das partes, é uma rede de relações e tem um objectivo partilhado pelas unidades constitutivas.

Sem objectivos e sem partilha não haverá sistema, tal como o concebe J. Frenk.

O sistema de saúde é um sistema complexo, com muitas variáveis em jogo e muitos interesses em conflito: pessoas, organizações e tecnologias especializadas em cuidados de saúde posicionam-se para captar a maior parcela possível dos recursos que a pessoa, directamente do seu bolso, está disposta a gastar para adquirir cuidados de saúde ou dos recursos que, de forma voluntária ou obrigatória, grupos de pessoas ou a totalidade dos cidadãos contribuintes de um país, admitem pagar ou são obrigados a pagar para que um grupo ou todo um país tenha cuidados de saúde.

A complexidade resulta de nem os fornecedores de serviços e cuidados médicos, nem a população que os usa, serem blocos homogéneos com interesses e aspirações comuns que actuam de forma isolada. Os fornecedores de serviços, nomeadamente os médicos, apresentam, muitas vezes, clivagens internas e as populações são, de toda a evidência, estratificadas segundo diversas linhas, como profissão, rendimento, educação, sexo, etnia e geografia, que tem efeitos significativos na quantidade e qualidade de cuidados de saúde de que necessitam e do acesso às estruturas que os fornecem.

Por outro lado, na sociedade actual, a relação entre fornecedores de cuidados e a população que os procura, é cada vez menos uma relação directa, um colóquio singular como lhe chamou Duhamel¹, mas é mediada por instituições.

No passado, mesmo no passado recente, essas instituições eram estruturas intermediárias, como as da Igreja e, mais tarde, as da sociedade civil; mas, progressivamente, o Estado assumiu-se como o mediador colectivo principal, quando não exclusivo, entre as populações e

¹ Esta mudança de paradigma na relação médico-doente é analisada, já em 1981, de forma aberta e algo irreverente para o médico tradicionalista, por dois médicos franceses de grande prestígio profissional mas abertos às modernas correntes (1). Os seus pontos de vista sobre a qualidade da medicina praticada, o sobre-consumo médico, o papel do Estado, a deshumanização dos cuidados, os conflitos absurdos entre estruturas médicas, a evolução do sistema hospitalar e o lugar do médico na sociedade receberam, nestes 15 anos, uma ampla confirmação. Um grande internista e nefrologista e um grande pediatra, apóstolo da neo-natologia e dos cuidados intensivos pediátricos souberam fazer a prescrição do futuro e acertaram.

os prestadores de cuidados de saúde. Estado, no sentido estrito de instituições governamentais que são o veículo para o exercício da autoridade pública e do poder nos planos administrativo, legislativo e judicial².

O Estado, em sentido restrito, pode participar nos cuidados de saúde segundo três mecanismos principais, de acordo com J. Frenk: regulação, financiamento e prestação directa. Ou exercendo os três em conjunto.

Claro que o conceito de Sistema de Saúde é bem mais amplo que o conceito de Sistema de Cuidados de Saúde. O primeiro envolve, de forma mais participativa, toda a população e impõe acções multissetoriais que o governo deve promover e coordenar, nomeadamente nas áreas da Educação, da Agricultura, da Ciência e Tecnologia, da Solidariedade Social e das responsabilidades Autárquicas.

Em síntese, J. Frenk afirma: “A actual complexidade política, económica e epidemiológica exige, como nunca exigiu no passado, análises **formais** das opções de política (*policy*) de saúde para desenvolver um sistema de saúde que tenha a capacidade de antecipar os problemas e não apenas a de reagir às crises. Nesta procura de melhores respostas temos de aceitar, humildemente, que há ainda muito para aprender. É necessário conduzir experiências e demonstrações que introduzam, em pequena escala, inovações no financiamento e na prestação de serviços ... Se realmente acreditamos que a intensidade da mudança caracteriza o nosso tempo então devemos estar preparados para dirigir as mudanças mediante o conhecimento obtido com a investigação.

Acima de tudo o curso da reforma determinará o sentido mais profundo do esforço social para cuidar da saúde. O sistema de saúde pode reproduzir as desigualdades ou pode assumir um papel de liderança no processo de oferecer a todos uma oportunidade igual face aos desafios da vida. As reformas implicam opções. E embora corramos o risco de cometer erros temos o privilégio de inventar o futuro”.

Num outro estudo realizado para a *Fundación Mexicana para la Salud*, este autor resume assim os sete tópicos-chaves de uma reforma:

- É necessário levar a cabo uma reforma do sistema de saúde que ligue, efectivamente, o cuidado de saúde ao desenvolvimento económico e social;
- Deve atingir-se uma cobertura universal ao fim de algum tempo partindo da definição de um pacote de serviços essenciais acessíveis a todos;

² No Estado a que por vezes se chama pós-moderno, as organizações livres da Sociedade Civil, no sentido que Adam Seligman (20) dá a esta expressão, não são menos importantes para a realização dos fins do Estado, enquanto organização política global de uma sociedade de homens livres, do que a máquina burocrático-administrativa do poder político organizado. Haverá lugar para referir, neste texto o espaço que as Misericórdias e outras organizações, como os Irmãos e as Irmãs Hospitaleiras de S. João de Deus ocupam na assistência médica em Portugal.

- O sistema de saúde deve ultrapassar e vencer a sua segmentação actual. O que é necessário é um *sistema pluralístico e solidário* que combine o melhor dos sectores, público e privado. Para atingir este fim o sistema deve ser organizado por funções e não por grupos sociais;
- Devem ser criadas novas formas organizativas que não sejam nem gigantescas como as instituições públicas nem atomizadas como o sector privado;
- A fim de aumentar a satisfação dos utilizadores e dar aos prestadores incentivos para uma boa performance (desempenho) o sistema deve reconhecer a liberdade de escolha dos utilizadores;
- Deve ser estabelecida uma estratégia concertada para melhorar a qualidade e a eficiência das organizações de cuidados de saúde incluindo o reforço da capacidade de administração e gestão (*managerial*);
- É necessário um *Pacto Social para a Saúde* que assente num mecanismo de construção de consensos para desenhar e implementar a reforma do sistema de saúde.

A forma de construir este Pacto Social para a Saúde é apresentada, com grande rigor metodológico e científico, por J- Frenk, num terceiro trabalho efectuado para uma reunião especial dos Ministros da Saúde da América Latina e das Caraíbas, em Setembro de 1995, em colaboração com Juan-Luis Londoño³, intitulado *Structured Pluralism: Towards a new model for Health System Reform in Latin America* (3).

Embora a metodologia proposta se aplique essencialmente a serviços médicos prestados a pessoas individuais o autor reconhece a importância dos cuidados de saúde pública quer a populações (como a educação para a saúde) quer a componentes não humanos do meio ambiente (como a sanidade básica, por exemplo) e não deixa de referir que a moderna saúde pública inclui a interacção com todos os outros sectores que influenciam a saúde das populações; e esta interacção é uma função crucial de qualquer sistema de saúde.

A geração de recursos — como a preparação de profissionais de saúde, os centros de investigação que geram conhecimento e desenvolvem novas tecnologias, assim como o vasto grupo de empresas que constituem o chamado “complexo médico-industrial” por exemplo, as produtoras de medicamentos e as que criam equipamentos médicos —, são temas de grande importância mas não serão agora considerados.

Um sistema de prestação de cuidados pessoais apresenta quatro funções cruciais: *modulation, financing, articulation and delivery*. Em português e atendendo à natureza e conteúdo destas funções poderemos dizer: modelação, financiamento, articulação e prestação.

³ Julio Frenk é part-time advisor do Technical Department for Latin and the Caribbean, do World Bank. O Prof. Alexandre Abrantes facultou ao Conselho o texto policopiado desta comunicação.

Porque todo e qualquer sistema de saúde é uma interacção dinâmica das populações com instituições, as quatro funções existem para permitir que as instituições satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde das populações.

Vejamos, em pormenor, o conteúdo de cada função, segundo J. Frenk:

Modelação — É um conceito mais amplo que a clássica função de regulação; inclui actividades chave do sistema como criar, implementar e monitorizar as regras de jogo do sistema de saúde bem como definir-lhe uma direcção estratégica.

Estabelecer as regras de jogo é um processo delicado porque é necessário equilibrar os interesses dos vários actores. Esta função tem sido negligenciada pelos Ministérios da Saúde quando se vêm absorvidos pelos problemas da produção de cuidados, mas terá de ser reforçada no novo sistema.

Articulação — Esta função situa-se entre o financiamento e a prestação e não existe em muitos sistemas porque está absorvida pelo financiamento e/ou pela prestação. Torná-la explícita e atribuir-lhe responsabilidades é uma inovação em muitos projectos de reforma. Pode definir-se como “organização e gestão do consumo de cuidados”. Enthoven, o teórico da competição gerida, chama a esta função *sponsor* que, no contexto do tema da prestação de saúde, se poderá traduzir por patrocinador responsável. Articulação significa, pois, que vários componentes dos cuidados de saúde são postos em contacto para que haja coerência e para que os recursos financeiros fluam para a produção e o consumo dos cuidados de saúde (por exemplo, o envolvimento de populações em planos de saúde, a especificação de pacotes explícitos de benefícios ou intervenções, a organização de redes de prestadores para estruturar as escolhas dos consumidores, a concepção e implementação de incentivos aos prestadores através de mecanismos de pagamento e a gestão da qualidade dos cuidados⁴).

Financiamento — é bem conhecida e refere-se à mobilização de dinheiro de fontes primárias (famílias e empresas) ou secundárias (governo a todos os níveis, participações internacionais) e à sua acumulação em fundos reais ou virtuais (por ex. fundos de segurança social, orçamento público geral do Estado, seguros pessoais ou familiares) que podem depois ser atribuídos a uma variedade de combinações institucionais para prestarem serviços de cuidados de saúde.

Prestação — é a função caracterizada por uma série ou combinação de entradas ou injunções (*inputs*) num processo de produção o qual se desenvolve numa estrutura organizativa particular que leva a uma série de produções (*outputs*), que são os cuidados de saúde prestados a pessoas concretas cujo resultado é a alteração do estado de saúde do consumidor (tratamento, recuperação, acompanhamento).

⁴ A recente negociação da forma de pagamento do Ministério da Saúde aos prestadores convencionados, feita por um intermediário da área da gestão financeira privada, é um exemplo do exercício da função de articulação e o resultado deu satisfação às três partes envolvidas.

Este é, no plano algo abstracto, o conceito de cada uma destas funções. Vejamos agora o seu conteúdo de forma mais objectiva antes de entrarmos na estratégia de estruturação, seguindo o relatório de J. Frenk:

Modelação — pertence à autoridade política no campo da saúde; em Portugal é o Ministério da Saúde.

Em muitos sistemas de saúde esta função não está implementada mas ela tem de ser reforçada na medida da descentralização e do estabelecimento de alguma concorrência.

O estabelecimento de regras justas e transparentes para o desempenho de um Sistema de Saúde é absolutamente necessário para que o Sistema se desenvolva de forma harmoniosa reduzindo a incerteza e dando estabilidade às interacções.

Esta função necessita de competência especializada e deve ser separada da função financiamento e da função prestação para evitar conflitos de interesses e para que seja assegurada a multiplicidade de transacções que se efectuam a diversos níveis nos modernos sistemas de saúde. Porque a modelação deve ser feita pelo governo que é uma instância neutra que está fora e acima dos interesses particulares em jogo⁵.

A responsabilidade máxima e final da função modelação é do poder político mas o exercício de muitas das sub-funções pode ser delegado em instâncias periféricas ou regionais ou agências especializadas (como por exemplo para a acreditação ou certificação de prestadores públicos ou privados).

Mas o poder político, o Ministério da Saúde, não deve envolver-se no debate maniqueista entre o público e o privado, no que se refere a financiamento, articulação e prestação, mas deve sim procurar promover a melhor articulação entre instituições públicas e privadas com o **objectivo de otimizar o bem-estar da população** porque esta é a sua responsabilidade específica.

Porque estas funções não podem ser monolíticas mas são, de facto, plurais, a função modelação é uma responsabilidade pública essencial. A reforma global dos estados modernos, lembra J. Frenk, vai cada vez mais no sentido de as organizações públicas não serem as proprietárias das estruturas produtoras de bens e serviços mas de reservar para os governos as tarefas de promover o interesse público, de propor objectivos estratégicos, de criar segurança global aos cidadãos, de mobilizar recursos humanos e financeiros, estabelecer padrões de qualidade e de catalisar a actividade privada dando transparência aos mercados, protegendo os consumidores, avaliando os desempenhos e assegurando a justiça.

Se esta perspectiva do Estado modernizado for agora aplicada ao universo da Saúde, deduz-se que o Ministério da Saúde deve concentrar-se na função modelação e afastar-se, progressivamente, da função prestação. Bens públicos como a vigilância epidemiológica e a

⁵ O recente acordo do Ministério da Saúde com a APIFARMA quanto às alterações do custo dos medicamentos adquiridos pelo Serviço Nacional de Saúde durante um certo prazo pode ser visto como um exemplo do exercício da função modelação; apenas com o defeito de o Ministério da Saúde ser, ainda, ele próprio, o financiador do SNS.

sanidade urbana e rural são, claro, está, responsabilidades do Ministério da Saúde, bem como a educação para a promoção da saúde em geral.

A verdadeira força do Ministério da Saúde não está na prestação **directa** de serviços de cuidados de saúde mas na sua capacidade de mobilizar as energias sociais para um objectivo comum.

Esta capacidade é a essência da função modelação.

Podemos identificar na função modelação, cinco sub-funções que a seguir se descrevem:

1. Desenvolvimento do sistema

- Formulação da política
- Planeamento estratégico
- Fixação de prioridades para a alocação de recursos, incluindo a construção de consensos à volta destas prioridades.
- Promover políticas de saúde intersectoriais que actuem nas determinantes culturais, ambientais, económicas e sociais do estado de saúde.
- Mobilização social para a saúde, incluindo a participação da comunidade.
- Avaliação da *performance* das agências financiadoras, das organizações de articulação e dos prestadores individuais e institucionais.
 - Representação internacional
 - Reforço das capacidades instaladas pela promoção de investimentos em infraestruturas físicas, recursos humanos, investigação científica, desenvolvimento tecnológico e **sistemas de informação**.

1. Coordenação - Por exemplo tecnologias terciárias complexas onde é possível obter economias de escala, campanhas maciças de saúde pública, coordenação de unidades territoriais (regiões) e das organizações públicas e privadas. É uma autoridade que reúne os múltiplos actores para a prossecução de objectivos comuns.

Não de forma autoritária, mas sim promovendo formas equitativas de transacção entre agentes públicos e privados, dando transparência e consistência a estas transações no interior de um desenho estratégico.

Não usando a intervenção discricionária da burocracia, mas o jogo de regras claras que facilitam inter-acções em ambiente pluralístico.

Desta forma, a função de modelação pode orientar a função de articulação. Por exemplo, fomentando o método da realização de contratos explícitos, negociados entre prestadores e utilizadores.

3. Desenho financeiro - para aumentar a acessibilidade, a cobertura e a qualidade, é preciso mobilizar os recursos necessários e conter os custos. O desenho do esquema financeiro é diferente da utilização.

As decisões-chave serão a estrutura de incentivos no sistema, como o uso de fundos públicos para pacotes gratuitos, quantidade de pagamento por capitação e possíveis ajustes de risco; o custo do sistema como um todo; as fórmulas para alocação de recursos às regiões ou outras autoridades; uso de instrumentos políticos como taxas e subsídios que sejam necessários quando há mudanças no comportamento das necessidades populacionais - SIDA, por ex. — etc.

4. Regulação propriamente dita - sanitária, de bens e serviços como os alimentos e outros.

Regulação dos serviços prestadores de cuidados:

- Prestadores individuais - licença e certificação
- Prestadores institucionais - acreditação
- Mecanismos financeiros através de regras para os fundos de seguro e instrumentos similares
- Organizações com função de articulação, através de acreditação e supervisão, para assegurar a sua responsabilidade para com os utilizadores (*accountability*)
- Instituições de educação em geral, através de acreditação
- Medicamentos, equipamentos e dispositivos médicos, através de avaliação tecnológica (*technological assessment*)
- Investimentos de capital, mediante planos

De uma forma descentralizada e com a participação activa de todos os actores. A função de regulação não pode ser capturada por interesses (lobbies), embora alguns processos reguladores possam ser atribuídos a instituições da sociedade civil por meio de legislação específica e com as necessárias salvaguardas. O objectivo final é criar condições estruturais para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

5. Protecção do consumidor - Porque há assimetria de informação é preciso proteger o consumidor; fornecer informações públicas sobre a *performance* dos prestadores; este tipo de informação sendo disponibilizada também às agências de compra de serviços possibilita uma efectiva competição.

Em resumo, o tipo de modelação que o pluralismo estruturado propõe não levanta, à partida, obstáculos a que haja mecanismos de mercado nos serviços de saúde, antes é uma condição necessária para que tal mercado funcione de modo eficiente e transparente

Articulação - é uma função inovadora

- É um *continuum* de actividades pelas quais os recursos financeiros são mobilizados e alocados para tornar possível a produção e o consumo de serviços de saúde.

Primeiro passo - recolha do dinheiro na população por agência(s) de financiamento e acumulação deste dinheiro em fundos.

Organizada em famílias e empresas, a população é a única fonte financeira através de impostos, folha de pagamentos e outras contribuições e prémios.

Quando a população transferiu para agências financiadoras os recursos, há duas interfaces importantes a considerar:

- Entre a população e os prestadores
- entre as agências financiadoras e os prestadores

1. População e prestadores - 3 sub-funções

- Gestão do risco populacional para a capitação. As organizações para a articulação de serviços prestadores recebem um pagamento em troca de assumirem o risco de cobertura de necessidades incertas. Para estabelecer um capital global de despesa e ao mesmo tempo criar um incentivo equitativo contra a competição baseada na selecção de riscos, este capital deve ser constituído por capitação *risk-adjusted*, ajustada ao risco previsível.
- Gestão de entrada e saída dos clientes no sistema de saúde, pacote de contingências a cobrir e panóplia de escolhas possíveis, estruturadas através da organização de redes globais (compreensivas) de prestadores.
- Informação aos consumidores tendo presente os seus interesses agregados (e os da agência financiadora) funcionando como um comprador de serviços de saúde em sua representação.

Assim, é possível articular a heterogeneidade da procura com a complexidade das capacidades especializadas da oferta, assegurar um uso dos recursos com boa relação custo-eficiência, boa qualidade técnica e satisfação dos utilizadores. É esta articulação explícita entre recursos, prestadores e consumidores que constitui a inovação do pluralismo estruturado.

2. Agências financiadoras e prestadores

Canaliza selectivamente os recursos dos primeiros para os segundos. Compreende três sub-funções

- Desenho de incentivos — a forma como são pagos pode animar a eficiência e a resposta dos prestadores aos consumidores.
- Desenho de benefícios — construir um bom pacote de benefícios e intervenções em relação aos recursos

- Gestão da qualidade — certificando a competência dos prestadores e avaliando a satisfação dos utilizadores.

O meio para o exercício destas sub-funções da articulação são os **contratos** entre agência(s) financiadora(s), prestadores de serviços e consumidores⁶.

Simplifica a intervenção pública, porque substitui o controle burocrático pela relação directa entre os actores baseada em incentivos apropriados.

Funcionalmente há separação entre financiador e prestador ao nível do sistema mas na prestação há uma segunda separação entre compra e produção específica.

Organizacionalmente as entidades de articulação podem efectuar várias destas funções para conseguirem a forma mais eficiente de articulação.

As organizações de articulação podem ir além da clássica função seguradora e terem um papel mais activo no mercado como agentes de compra dos serviços em nome dos consumidores, garantindo, para uma população pré-definida, o acesso a um pacote de serviços e intervenções e, para tanto, organizam diferentes tipos de prestadores na base de incentivos que melhorem a eficiência e a capacidade de resposta aos clientes. Ao mesmo tempo as organizações de articulação actuando em nome dos consumidores podem oferecer a estes maior liberdade de escolha na procura de cuidados de qualidade.

A mensagem chave é que o pluralismo estruturado como estratégia de mudança não oferece uma única via para a reforma; oferece uma opção, diríamos “centrista”, que evita os extremos e promove a convergência dinâmica seja qual for o ponto de partida (que pode ser um sistema totalmente estatizado ou um sistema totalmente privatizado).

Ao promover esta convergência dinâmica, o pluralismo estruturado dá atenção muito cuidadosa aos necessários equilíbrios entre os vários actores do sistema, como o equilíbrio entre os incentivos para a contenção de custos, implícito no pagamento por capitação, e o imperativo de satisfazer os utilizadores promovendo a liberdade de escolha. A equidade é perseguida pelos princípios das finanças públicas eliminando barreiras de segregação e impedindo uma concorrência que se baseie na selecção de riscos. Ao mesmo tempo a equidade na remuneração é avançada pelos pagamentos por capitação ajustada ao risco e pelo reconhecimento de desempenhos superiores. É esta procura equilibrada de equidade, qualidade e eficiência que o pluralismo estruturado explicitamente procura atingir.

Como usar este método em países com populações heterogéneas nos aspectos económicos, social e cultural?

⁶ Na opinião do grupo de Lisboa em “Limites à Cmpetição”, já citado, “um contrato é a escolha apropriada para processos em que as partes envolvidas são numerosas, os problemas a resolver são complexos e multidimensionais e as soluções necessárias são de natureza estrutural de longo prazo. De facto, quando o contrato é assinado após um longo período de negociações intensivas e francas, isso significa que as pessoas aprenderam a mediar, a aceitar a mediação e desenvolveram uma compreensão face aos pontos de vista e interesses das outras partes”.

O pluralismo estruturado permite soluções diferenciadas para cada grupo sem gerar os modelos segmentados (medicina para ricos e medicina para pobres, em compartimentos estanques) que são os mais comuns, apesar de toda a retórica política.

O pluralismo estruturado aplica os mesmos valores e princípios a todos os grupos populacionais presentes num país: a mesma procura de respostas equilibradas entre as posições extremas, a mesma ênfase na equidade, eficiência e qualidade, as mesmas regras de jogo transparentes através de modelação equitativa, da mesma articulação explícita, o mesmo reconhecimento da importância da informação às pessoas, da pluralidade de opções, a liberdade de escolha até onde for possível em cada circunstância, do equilíbrio do poder entre os actores e da abordagem sistémica. Ao favorecer, deliberadamente, a mobilidade de todos os grupos sociais entre as várias soluções institucionais, o pluralismo estruturado impede e evita a segregação.

Sociologicamente descreve três grandes grupos sociais, presentes em todos os países, mas com peso relativo muito diferente, claro está:

- a) Um núcleo de pobreza extrema, de miséria, localizado em certas áreas rurais e nos bairros de lata peri-urbanos;
- a) Os sectores informais (da economia) que vivem em estado de relativa pobreza nas áreas urbanas e peri-urbanas;
- a) Os sectores formais (da economia) que estão concentrados nas áreas urbanas.

Que resposta pode dar o pluralismo estruturado para cada um destes sectores?

- Para o primeiro sector, o núcleo de pobreza extrema, de miséria, o instrumento político central é um pacote de intervenções **essenciais**. A palavra essencial não significa mínimo ou básico; não é “o mínimo para os pobres” mas é antes “o melhor para todos”. De facto este pacote deverá ser constituído por intervenções que a análise custo-efectividade mostrou serem o melhor investimento para a saúde. São, portanto, o núcleo da universalidade, são **o conjunto de intervenções, às quais todas as pessoas, seja qual for a sua capacidade financeira ou a sua situação no mercado de trabalho, devem ter acesso.**

Este novo tipo de universalidade orientado por uma explícita análise custo-efectividade e que é de aceitação social (solidariedade), substitui o “tudo para todos” que é insustentável, mesmo nos países ricos.

Neste sentido, a análise custo-efectividade é muito mais do que um instrumento tecnocrático para ser um meio de atingir uma alocação óptima de recursos para a saúde que seja fundamentada cientificamente, eticamente perfeita e socialmente aceitável.

O seu financiamento deve ser principalmente público.

Para os que estão fora da economia formal e têm já acesso parcial a cuidados de saúde mas não têm segurança social, o pluralismo estruturado propõe a extensão do seguro social, com um pacote explícito de benefícios a ser financiado por pré-pagamento e um co-pagamento no acto de utilização proporcional ao rendimento. Este tipo de programa deve ser baseado em modelação clara, articulação explícita e liberdade de escolha dos prestadores primários para que haja estimulação das forças de concorrência.

- Para a população da economia formal que tem acesso a serviços com protecção financeira, principalmente por segurança social ou seguro social obrigatório, existem os problemas de equidade, eficiência e qualidade. O pluralismo estruturado usa a análise custo-efectividade como instrumento de avaliação (*assessment*) de qualidade e a articulação pode funcionar em pleno. Neste sector a competição ou concorrência estruturada tem o seu grande campo de acção com uma completa especialização das funções entre os agentes e com as populações, integradas horizontalmente, a exercerem a liberdade de escolha, fomentando a concorrência entre entidades de articulação e os prestadores. Também neste sector da população, a função governativa de modelação tem o seu principal campo de actividade. Nas sociedades desenvolvidas este sector populacional é largamente maioritário e é o mais desejado por todos os tipos de prestadores, claro está.

Para os três grupos, o facto central do pluralismo estruturado é o do carácter público do financiamento.

Para os mais pobres é um subsídio directo.

Para os outros grupos, tem a forma de contribuições obrigatórias que antecipam o acontecimento de adoecer.

A aplicação do princípio das finanças públicas distingue este modelo do das propostas simplistas de reforma baseadas no reembolso dos custos e introduz uma diferença importante em relação às propostas de competição gerida, porque neste novo modelo o pluralismo está concentrado nas funções de articulação e de prestação e não no financiamento.

Em resumo: o pluralismo estruturado pode responder às diversas condições presentes num país, mantendo a mobilidade de todos os grupos porque convergem para uma cobertura global, com protecção financeira e liberdade de escolha.

Que instrumentos e estratégias para a implementação de uma reforma baseada na metodologia de pluralismo estruturado?

Sintetizando o texto de J. Frenk, será:

Há uma dimensão **técnica** que diz respeito aos instrumentos da reforma. Bons instrumentos analíticos e de gestão são uma prioridade. Refere:

1. Instrumentos de *apoio*, que liguem a agenda de saúde às mais vastas preocupações de política económica e social (por exemplo análises das contribuições da saúde para a formação do capital humano e o crescimento económico).
1. Instrumentos de *diagnóstico*, que ajudem a identificar e quantificar os principais desafios para o decisor político em dois domínios: as condições de saúde da população e as respostas das instituições.
1. Instrumentos para a *identificação de opções*, que facilitem o desenho e a escolha de alternativas que melhorem o sistema de saúde (por exemplo, análises de custo-efectividade das intervenções, avaliação de tecnologias, análise comparativa de reformas anteriores).
1. Instrumentos para a *implementação de soluções* que possam ajudar no avanço da execução prática das reformas. Até recentemente, estes instrumentos de implementação focalizavam-se no lado da prestação ignorando a procura, ou seja, a população e os instrumentos no lado da população não se tem mostrado sensíveis a melhorias de desempenho. Em vez dos instrumentos convencionais, como os orçamentos históricos, os regulamentos, os planos de investimento e várias técnicas de programação é necessário desenvolver e utilizar instrumentos baseados no desempenho que criem incentivos apropriados aos prestadores. É também necessário actuar no lado da procura para atingir e obter, desta, o tipo de perspectiva abrangente defendida pelo pluralismo estruturado.

O gráfico seguinte resume as interações desta metodologia.

ENTRA GRÁFICO

Há uma dimensão **política** que impõe que não se promovam reformas **irrealistas, irrelevantes, inconsequentes** ou **inviáveis**.

Para evitar que o ataque sistemático aos fracassos nos cuidados de saúde conduza a estratégias que não sejam realizáveis tecnicamente ou politicamente, a reforma que pode ter sucesso é a que identifique configurações sequenciais e de intervenções políticas, com altos níveis de qualidade técnica e de coerência interna, e que sejam implementadas progressivamente, de acordo com os resultados obtidos no diálogo proposto pelo pluralismo estruturado.

A combinação de instrumentos técnicos perfeitos com estratégias políticas realizáveis na prática é a que oferece as maiores probabilidades de sucesso a uma reforma.

Esta longa análise e transcrição parcial dos estudos e propostas de J. Frenk justifica-se pela semelhança da evolução histórica dos serviços de saúde em países da América Latina, que são o objecto privilegiado dos seus estudos, com países como Portugal e Espanha, bem como pelo paralelismo dos esforços para reformar os sistemas tendo em conta a evolução social e cultural e o crescimento económico. A sua experiência deve ser pesada por quantos queiram reflectir sobre cuidados de saúde, em Portugal.

BIBLIOGRAFIA

1. Frenk, J. - Dimensions of Health Care Reform
Health Policy, 27:19-34, 1994
2. Frenk, J. - Comprehensive Policy Analysis for Health Systems Reform. Health Policy, 32:257-277, 1995
3. Londoño, Juan-Luis e Frenk, Julio - Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Technical Department for the Latin American and Caribbean Region. The World Bank. Mimeography. Documento pessoal do Prof. Alexandre Abrantes

ANEXO VII

FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM PORTUGAL

Resumo de um debate organizado pela APES,
para dar resposta a pedido de informação
do Conselho de Reflexão sobre a Saúde

Em Abril de 1996 o Presidente do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Prof Doutor Daniel Serrão, dirigiu uma carta à APES onde solicitava:

- a) o envio de todos os documentos que a Associação tivesse produzido;
- b) "um documento síntese da opinião da Associação sobre o problema do financiamento de um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde em Portugal"; e
- c) "que a Associação se pronunciasse sobre a questão da separação da entidade pagadora e das entidades prestadoras de cuidados de saúde na óptica de um seguro social público e universal a partir de imposto consignado para a saúde".

Foi dada resposta imediata à primeira solicitação, tendo sido enviados os documentos editados pela Associação desde a sua criação em 1987. Os restantes pedidos, porém, levantavam a questão da APES, enquanto organismo associativo, não emitir opiniões sobre questões que se prendem com a política de saúde nacional. Os documentos editados pela APES são da exclusiva responsabilidade dos seus autores e as opiniões neles expressos não traduzem qualquer posição da Associação.

Contudo, reconhecendo a importância do CRES para a busca de uma política de saúde sustentada, justa e eficaz, a Direcção da APES entendeu dar resposta aos pedidos do Prof. Daniel Serrão, através de duas iniciativas.

Em primeiro lugar, solicitou-se a todos os sócios que se pronunciassem, a título individual sobre as questões levantadas. A APES reúne entre os seus cerca de 250 associados um capital de conhecimento inigualável sobre economia e financiamento da saúde em Portugal.

Seguidamente, organizou-se uma reunião informal entre um grupo de sócios da APES onde se debateram questões ligadas ao financiamento do sistema de saúde português. A reunião, que teve lugar a 24 de outubro no Estoril reuniu diversos especialistas dos meios académico e profissional e foi marcada pela franqueza e vivacidade do debate.

Neste documento apresenta-se um resumo dos argumentos defendidos na reunião. Naturalmente que as opiniões expressas reflectem apenas os pontos de vista dos participantes.

Muito em breve, a APES irá editar uma transcrição do debate, documento esse que também será remetido ao CRES.

Durante a reunião foram discutidos os objectivos do sistema de saúde e identificados problemas, constrangimentos e aspectos positivos do sistema actual. Foram apresentados resultados de estudos nacionais sobre financiamento da saúde e debatidas comparações internacionais sobre despesas e resultados em saúde. Procurou-se separar a retórica e meras suposições de evidência empírica sustentada.

Por limitação de tempo a reunião focou principalmente aspectos ligados ao financiamento da saúde segundo a origem dos recursos, sendo remetido para uma discussão posterior questões que têm a ver com a afectação interna de recursos.

O debate demonstrou que o tema do financiamento da saúde em Portugal está longe de se esgotar. Diversas questões continuam a suscitar polémica com argumentos e evidência tanto contra como a favor. No entanto, é importante salientar que existem questões para as quais um largo consenso parece existir.

RESUMO DA REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ECONOMIA DA SAÚDE

8 de Abril de 1996

PARTICIPANTES NA REUNIÃO

Altamiro da Costa Pereira	Professor de Saúde Comunitária, Fac. Medicina, U. Porto
Ana Mana Escoval	Administradora Hospitalar, H. Santa Maria
Antônio Dias Alves	Administrador Hospitalar, ARS Porto
Antônio Ribeiro Nunes	Administrador Hospitalar, H. Garcia de Orta
Artur Vaz	Director-Geral, H. Fernando da Fonseca
Carlos Costa	Professor de Economia da Saúde, ENSP
Carlos Gouveia Pinto	Professor de Economia Pública, ISEG/UTL
João António Pereira	Professor de Econonu'a da Saúde, ENSP
Margarida Bentes	Administradora Hospitalar, IGIF
Mana do Céu Mateus	Economista, IGLF
Maria João Amaral	Administradora Hospitalar, ARSLVT
Mana do Rosário Giraldes	Professora de Econormia da Saúde, ENSP
Maria Suzete Gonçalves	Econormista, CCRN
Miguel Gouveia	Professor de Econormia, Fac. Economia, U. Católica
Pedro Pita Barros	Professor de Econormia, Fac. Economia / UNL

TEMAS DE DEBATE FOCADOS

1. Necessidade de se aumentar o financiamento da saúde em Portugal ?

1.1. Foi opinião recorrente dos participantes que **Portugal não gasta pouco em saúde, gasta é mal** os recursos disponíveis. Em concreto, existem várias fontes de ineficiência no sistema que geram custos superiores aos possíveis.

1.2. O principal problema encontra-se na eficiência de utilização dos recursos. Sem a introdução de **mecanismos que promovam maior eficiência**, a canalização de recursos adicionais implicaria ainda mais desperdícios. Por exemplo, foi argumentado que não há evidência de efectividade de diversas intervenções médicas praticadas frequentemente. A maximização da eficiência no sistema de saúde requer a avaliação sistemática dos actos médicos, quer na sua componente chffica quer na económica.

2. Diversificação das fontes de financiamento

2.1. Os agentes actuantes no sector da saúde, nomeadamente o Estado, têm mostrado incapacidade em encarar formas alternativas de financiamento.

2.2. Sendo que existem várias possibilidades de evolução, diversos participantes mencionaram a **vantagem de realizar experiências limitadas** de diferentes formas de financiamento, por forma a avaliar melhor as virtudes e problemas das diversas possibilidades alternativas. Foi referido que se estas experiências de diferentes formas organizativas forem realizadas, deve ficar claro que as que não funcionarem serão terminadas.

2.3. O sistema de financiamento tem que ter em conta o papel da escolha dos consumidores. Sugeriu-se igualmente que seria importante realizar uma clarificação do papel do médico na articulação sector público-sector privado.

2.4. Foi ainda referida a existência de evidência internacional de que **sistemas de saúde caracterizados por um só financiador e com orçamentos globais têm um melhor desempenho** que os sistemas que apresentam múltiplos financiadores. A pluralidade de financiadores estimula o crescimento dos gastos.

2.5. É convicção da maioria dos participantes que **o sistema de impostos deverá continuar a ser a principal fonte de financiamento.**

3. Competição entre entidades financiadoras

3.1. Este aspecto gerou certa polémica. Dois participantes argumentaram que sem introdução de concorrência entre entidades financiadoras não se gerará concorrência entre prestadores. Embora não tenha havido consenso total sobre a questão, foi reconhecido, por outros participantes, que a concorrência entre pagadores, mantendo-se um financiador principal poderia ser benéfico para o sistema.

3.2. Vários participantes expressaram a **preocupação de que a concorrência no financiamento originaria fatias da população que não teriam acesso a cobertura.** Para além disso, é provável que os gastos totais do sistema aumentassem sem benefícios acrescidos. Foi contudo contra-argumentado que concorrência no financiamento não significa necessariamente um modelo semelhante ao dos Estados Unidos, pelo que há formas de organização do sistema que evitam este problema de falta de cobertura para uma fracção apreciável da população.

4. Pagamentos directos no sistema público (co-pagamentos)

4.1. De uma forma geral, é considerado que existe **uma componente de co-pagamento que já é significativa.** O **co-pagamento** foi visto como **uma forma pouco adequada para aumentar o financiamento da saúde.**

4.2. Surgiu como relativamente consensual que se a existência de co-pagamentos como **forma de disciplinar uma procura excessiva,** decorrente de preço zero no acto de consumo, é

desejável, não deverá ser contudo uma forma de gerar recursos no sector da saúde, **já que não tem capacidade para ser uma fonte de financiamento importante.**

4.3. Argumentou-se que os co-pagamentos têm apenas uma função disciplinadora à utilização excessiva de recursos no momento de entrada no sistema, deixando de ter qualquer papel uma vez que o indivíduo já esteja dentro do sistema. Para essas situações **seria mais eficaz introduzir Incentivos e penalizações aos prestadores.**

4.4. Foi igualmente referido que se a ideia dos co-pagamentos é ter **contribuições indexadas ao rendimento**, então relembre-se que é esse o papel do financiamento por impostos sobre o rendimento. Embora a noção de fazer variar os co-pagamentos consoante a capacidade de pagar das famílias seja atraente, **nenhum país conseguiu instituir tal sistema até à data.** Questionou-se ainda que papel os co-pagamentos poderiam ter num contexto em que já existe uma taxa de participação directa das famílias tão grande, quando comparada com a de outros países.

5. Imposto social consignado à saúde

5.1. A ideia de imposto social consignado à saúde foi considerada sem fundamentação económica sólida. Houve concordância dos participantes a respeito deste Ponto.

5.2. Os argumentos apresentados basearam-se em várias ordens de factores: (i) não há evidência de que uma gestão separada de contribuições para a saúde tivesse menores custos que o actual sistema (vide o exemplo das contribuições para a segurança social); (ii) no caso de insuficiência de fundos, recorrer-se-ia de qualquer modo a impostos gerais; (iii) no caso de excesso de fundos, estes não seriam reafectados a outras despesas governamentais, acabando por ser eventualmente gastos em despesas não estritamente necessárias. A pressão para a eficiência num sistema de impostos consignados é bastante reduzida.

6. Deduções fiscais das despesas em saúde

6.1. Foi dito que **os créditos fiscais correspondem a um seguro público complementar ao SNS.** Reconheceu-se que as propriedades de equidade de deduções à colecta são melhores que as de deduções ao rendimento colectável.

6.2. Foram citadas as experiências de outros países, que ao contrário do que tem vindo a ser defendido para Portugal, não estabelecem limites máximos às deduções, mas sim **franquias** (sendo nalguns casos, proporcionais ao rendimento). No entanto, argumentou-se que tal sistema pode aumentar a procura e **favorecer o crescimento dos preços** dos bens e serviços de saúde, surgindo a necessidade de existirem outras medidas de controle de preços.

6.3. Em todo o caso, os participantes concordaram que o **sistema actual de deduções fiscais das despesas em saúde, favorece sobretudo as famílias de maior rendimento e os**

prestadores com mais elevados preços, não sendo por isso promotor de maior equidade e eficiência.

7. Opting-out do sistema público

7.1. Este foi o aspecto que gerou maior discussão. Foi defendido por uma minoria dos participantes **que poderiam existir vantagens da criação de um sistema com possibilidade de "opting-out"**, embora os moldes em que o sistema deveria ser aplicado diferisse.

7.2. Os restantes participantes que se pronunciaram manifestaram-se claramente contra o "opting-out" argumentando com os problemas de desnatação de mercado e de economias de escala na exploração do seguro de saúde.

7.3. Referiu-se ainda o facto de existirem déficits de exploração nos seguros de saúde. Esta observação foi alvo de contestação, tendo-se concordado que não existe evidência factual suficientemente clara a este respeito.

7.4. É de referir que o termo "opting-out" não apresentou o mesmo significado para todos os participantes, tendo por vezes sido identificado com uma antiga proposta de seguro alternativo, embora tal não fosse o sentido dado pelos seus defensores, que focaram em diferentes mecanismos de cálculo e transferência de capitação, com potencial de minorar os problemas de desnatação. Em concreto, sugeriram que o "opting-out" para seguros de grupo tem potencialidades para uma redução considerável do problema de desnatação.

7.5. Em qualquer caso, é ponto assente para todos **que não deve existir um abandono do SNS**, opinião também subscrita pelos defensores das vantagens da existência de alguma forma de "opting-out".

8. Papel dos sub-sistemas - sistemas de financiamento Integral ou suplementar

8.1. A respeito dos sub-sistemas considerou-se que na forma actual constituem uma organização **que vive nas franjas do SNS**, efectuando uma efectiva discriminação, uma vez que os casos mais graves são remetidos para o SNS. São essencialmente uma herança do passado. Foi opinião geral que tal **não é uma situação desejável**, devendo procurar-se a sua alteração.

8.2. Foi sugerido que os sub-sistemas poderiam evoluir eventualmente para uma forma de "opting-out", pois os problemas de desnatação apresentados contra o "opting-out" desvanecem-se por força do agrupamento de indivíduos por outros critérios que não as características de risco intrínsecas ao indivíduo. Não foi consensual que esta fosse uma evolução possível ou desejável, embora a discussão não tenha sido aprofundada.

9. Concorrência entre prestadores

9.1. A concorrência é, por tradição, vista com grande suspeição, sendo rejeitada muitas vezes com bases em argumentos ideológicos. Por outro lado, o actual modo de funcionamento do sector público impede a emergência de concorrência efectiva.

9.2. De um modo geral, e ao contrário da discussão sobre concorrência no financiamento, **verificou-se consenso quanto às vantagens de introdução de concorrência entre prestadores**, abrangendo tanto o sector público como o sector privado.

9.3. Concorrência surgiu como sinónimo de maior opção de escolha por parte do pagador, embora tivessem sido expressas várias reservas sobre as condições em que poderá surgir e a sua sustentabilidade.

9.4. A forma concreta de introdução de elementos de concorrência e quais os serviços abrangidos **encontra-se aberta a discussão futura**, embora tenham sido sugeridos contratos-programa e pagamentos à lista, como exemplos de actuação.

9.5. Foi igualmente referido que a **existência de uma triagem feita pelos cuidados de saúde primários é essencial**, devendo funcionar como porta de entrada no sistema hospitalar ("gatekeeping"), sendo este especializado em cuidados a doentes agudos, com a oferta de cuidados intensivos, de elevado custo.

ANEXO VIII

Administração Regional de Saúde do Centro
Administração Regional de Saúde do Norte
Associação Aliança para a Saúde
Associação da Medicina Privada
Associação Nacional das Comissões de Base de Saúde
Associação Nacional de Municípios Portugueses
Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
Associação Portuguesa de Economia da Saúde
Associação Portuguesa de Direito do Consumo
Associação Portuguesa de Seguradores
Associação Regional para a Democracia e o Desenvolvimento – *ABRIL*
Caixa Geral de Depósitos
Centro de Oncologia de Coimbra
Centro Democrático Social – Partido Popular
Comissão Executiva da Federação Nacional dos Médicos
Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses – CGTP
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
Departamento de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil
– Lisboa
Departamento de Prospectiva e Planeamento
Departamento de Recursos Humanos da Saúde
Direcção-Geral da Saúde
Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
(ADSE)
Escola Nacional de Saúde Pública
Escola Superior das Ciências Naturais
Escola Superior das Ciências Naturais e Homeopáticas
Forum Acção para a Saúde – UCS – Cuidados Integrados de Saúde, SA
Grupo José de Mello – Sector da Saúde
Grupo Terceira Via
Hospital Distrital de Valongo
Igreja Católica Portuguesa
INFARMED
Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
Instituto de Clínica Geral da Zona Centro

Instituto de Clínica Geral da Zona Norte
Instituto de Clínica Geral da Zona Sul
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Lisboa
Interfarma
Lilly Farma
Ministério das Finanças
Movimento Humanismo e Democracia de Centristas Democratas Cristãos
Ordem dos Farmacêuticos
Ordem dos Médicos
Partido Comunista Português
Roche Farmacêutica Química, Lda
Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional
Serviço de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto
Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
Sindicato dos Técnicos Paramédicos
Sindicato Independente dos Médicos
União das Misericórdias Portuguesas
União Portuguesa dos Adventistas do Sétimo Dia

Ana Carla Gouveia
Irene Ramos da Costa Condé
António Maria de Sousa Alvim
Augusto Valente
Fernando A. Maymone Martins
Joaquim de Sá Couto
José Manuel Gonçalves André
Luís Lemos
Roque Maria Cabral da Cunha Ferreira
Rui Iglésias Costal
Valentim de Carvalho
Victor Veloso
Ana Escoval
Fernanda Nascimento
Amélia Cepa Sobreira Matias
Cândida Santos Paito
Filomena Maria Macedo
Josefa dos Santos Martins
Lisete Fradique Ribeiro

Maria Alcina Fernandes
Maria Amália Bronsinho
Maria Cristina Pinto Carmona
Maria da Graça Mourão Patrício
Maria de Lurdes Anastácio dos Santos
Maria de Lurdes Costa
Maria Eugénia Camolas Cardoso
Maria Fernanda Almeida
Maria Margarida Prendi
Maria Teresa dos Santos Rebelo
Maria Teresa Santos Maia e Silva
Maria Teresa Silva Santos
Marta Lima Basto C. Frade
Purificação Custódio dos Santos
Maria Teresa Quintão Pereira
Abel Paiva da Silva
Belmiro Manuel Pereira da Rocha
João Fernandes da Silva
Joaquim Ferreira Milheiro Nunes
Ricardo Teixeira
Maria de Lurdes Pintasilgo
Fernando Dias Gonçalves
Maria Helena Campos e Matos
Maria Isabel Conceição Ramos
Alexandre de Sousa Pinto
António Correia de Campos
Agostinho Almeida Santos
Alexandre Linhares Furtado
Cipriano Justo
João Lobo Antunes
Joaquim Pinto Machado
Luís Monteiro
Luís Pereira Leite
Manuel Antunes
Ribeiro da Silva
Adão Cruz
Geraldo Maia do Bento
José Augusto Cruz Nascimento
Orlando J.B. Almeida Pereira
Rui Manuel Marques

Lista de pessoas e instituições que enviaram trabalhos e participaram em reuniões com elementos do
CRES

ANEXO IX

Este anexo reproduz o texto “Opções para um Debate Nacional” publicado pelo CRES, em Janeiro de 1997.

O objectivo da publicação deste texto intercalar não terá sido bem explicado e muitos leitores o criticaram considerando que se tratava da proposta final do CRES, com as recomendações para a reforma da saúde.

Ora o que se decidiu foi apresentar, em linguagem acessível e na generalidade, as opções existentes quanto à difícil questão do financiamento e gestão das estruturas prestadoras de cuidados de saúde; e anteceder uma apresentação com uma análise quase só de estatísticas comentadas, do Sistema de Saúde Português.

Alguns dados estatísticos foram considerados errados, em especial os que se referem às taxas de ocupação dos leitos hospitalares, e foram enviadas ao CRES, por alguns estabelecimentos de saúde, tabelas correctivas. Optamos, contudo, por manter o texto tal como foi publicado porque ele reproduz estatísticas oficiais que só poderão ser corrigidas na origem.

Com este documento intercalar o CRES pretendeu suscitar discussão pública – e alguma houve – e receber contribuições de pessoas e instituições interessadas nos problemas dos cuidados de saúde.

Este objectivo foi, também, atingido e as contribuições recebidas ajudaram à reflexão do CRES para a elaboração do relatório final de recomendações.

