

Saúde

Julian Perelman

Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
e Comprehensive Health Research Center, Universidade Nova de Lisboa



O SNS conseguiu responder à pandemia mas revelou fragilidades gritantes

Quando, no dia 2 de março de 2020, surgiu o primeiro caso de infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) em Portugal, a gravidade da situação já era amplamente conhecida, com relatos de falta de material e de médicos física e moralmente exaustos a chegar do Norte de Itália. A reação foi rápida, tendo sido decretado o confinamento obrigatório a 15 de março. Se hoje esta decisão parece excessiva, à luz dos poucos casos que tínhamos na altura, foi a melhor possível. Por um lado, foi recebida como necessária por uma população assustada e permitiu manter os números muito baixos. Por outro, permitiu ganhar tempo para preparar melhor a resposta, sobretudo ao nível hospitalar, onde claramente faltavam meios.

Mais notável, porque menos previsível, foi a capacidade de resposta financeira. A situação financeira do SNS não tinha sido brilhante nos últimos anos, marcada pela suborçamentação e endividamento crónicos dos hospitais públicos. Esta situação representava um garrote para os hospitais públicos, cortando fortemente a sua autonomia na contratação e no investimento e obrigando-os a endividar-se sistematicamente. A pandemia alterou este panorama, com o Orçamento do Estado Suplementar aprovado em junho de 2020 a permitir orçamentos próximos da despesa final¹. Pela primeira vez em muitos anos, os hospitais do SNS receberam um orçamento à altura das suas necessidades.

A mudança de atitude na governação não foi menos notável. Nos últimos anos, também o processo de contratação e investimento nos hospitais públicos era considerado, pelos próprios administradores, um inferno, sujeito a múltiplas burocracias e autorizações, muitas vezes sem resposta. Ora, num despacho de 15 de março, foi autorizada a contratação de trabalhadores a termo sem autorização prévia. E a 23 de abril era aprovada a compra de

equipamentos e material por ajuste direto, também sem autorização prévia. Pela primeira vez em muitos anos, os hospitais do SNS ganharam autonomia e reforçaram-se substancialmente as equipas e os equipamentos.

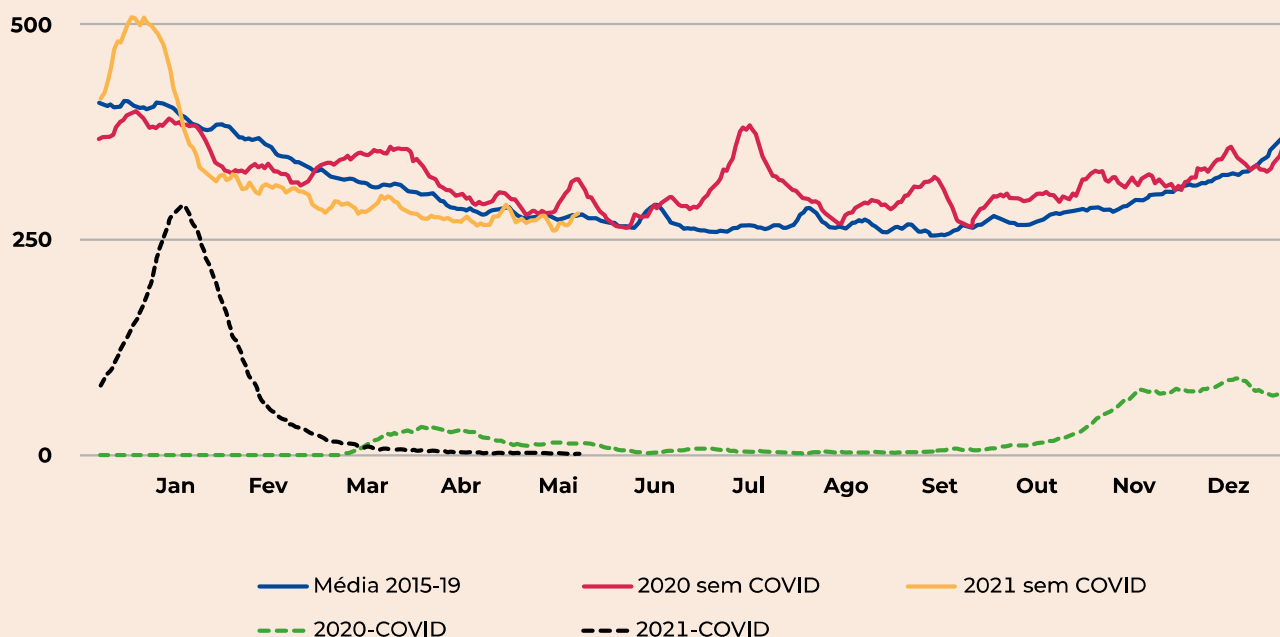
O SNS mostrou também a sua resiliência através de iniciativas louváveis nos cuidados de saúde primários. Estes mantiveram-se em atividade, assegurando teleconsultas e também atendimento e acompanhamento a doentes com COVID, através das Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios. Ficaram ainda na linha de frente da vacinação, logo que chegaram as primeiras vacinas para a COVID a Portugal.

Pela primeira vez em muitos anos, os hospitais do SNS ganharam autonomia e reforçaram-se substancialmente as equipas e os equipamentos

No entanto, a primavera de 2020 foi marcada por um excesso de mortalidade, sobretudo relacionado com mortes “não-COVID” (ao contrário do que aconteceria no final do ano). Uma explicação evidente é a redução da atividade hospitalar, que em meados de 2021 continuava parcialmente por recuperar. Durante o ano de 2020, as consultas hospitalares sofreram uma redução de 10% e as cirurgias programadas de 19%, com consequências potencialmente graves a prazo. Mais preocupante ainda foi a discrepância no desempenho dos vários hospitais. As quedas nas cirurgias programadas foram superiores a 20% em hospitais de regiões pouco afetadas pela pandemia, enquanto a queda foi inferior a 10% nalguns dos hospitais muito mais afetados.

Evolução dos óbitos em 2020-2021 e comparação com a média 2015-2019

Fonte: INE e DGS



Na primavera e no verão de 2020 registou-se um número de óbitos acima da média dos anos anteriores, sobretudo relacionado com mortes “não-COVID”. No inverno de 2020/2021 as mortes relacionadas com a COVID-19 explicam grande parte do desvio face à média de 2015-2019.

Esta situação evidencia o enfraquecimento do SNS ao longo dos últimos anos, nomeadamente no acompanhamento de proximidade feito pelos atores no terreno. De facto, as entidades gestoras do SNS (Administração Central do Sistema de Saúde e Administrações Regionais de Saúde) têm-se confrontado com uma falta gritante de meios de planeamento e gestão. Assim, a governação limitou-se a impulsionar os atores a agir, através de despachos ou decretos, sem garantir o apoio necessário em termos de planeamento, coordenação e gestão. O exemplo mais flagrante foi a dificuldade de coordenação. A impossibilidade de canalizar a atividade de hospitais pouco afetados pela pandemia para o tratamento dos doentes não-COVID e a impossibilidade de garantir que as consultas fossem realizadas na sua capacidade máxima foram problemas acrescidos. Revelaram-se as dificuldades antigas dos sistemas de informação, tendo o público assistido com alguma perplexidade ao debate sobre o número de ventiladores necessários ou de camas de cuidados intensivos disponíveis. A fragilidade na gestão tem estado também patente no difícil relacionamento com o setor privado e social e a academia, com quem a colaboração regulada e negociada não

foi possível. É como se o SNS, consciente das suas fragilidades de monitorização e regulação e com medo de ser prejudicado, tivesse preferido manter à distância quem poderia ter contribuído mais.

Passado um ano de pandemia, a despesa tem aumentado substancialmente e o SNS tem conseguido responder ao desafio. Mas ficaram milhares de consultas e cirurgias por marcar e os problemas de fundo do SNS ficaram esquecidos: a falta de médicos de família agravou-se e mantêm-se as lacunas dos cuidados de saúde primários, potenciando as desigualdades no acesso; nos cuidados continuados ou na saúde mental tudo continua por fazer; a saúde pública, cujas limitações ficaram patentes na prevenção (rastreamentos, acompanhamento de quarentenas, etc.), continuou a ser o parente pobre dos cuidados de saúde; e as relações com o setor privado ficam por esclarecer, tal como a estratégia para o futuro. Teme-se que o dinheiro do Plano de Recuperação e Resiliência não consiga superar as falhas de estratégia, gestão, planeamento e regulação. ■

¹ A despesa total de 2020 foi de 11.806 milhões de euros, mais 1.126 milhões (ou 10,5%) do que em 2019.

Saúde em tempo de pandemia: escassa informação sobre o setor privado e fraca capacidade de regulação prejudicaram articulação entre Estado e privados

Apoiar um sistema onde o Estado financia o setor privado na prestação de cuidados significa, implicitamente, o apoio financeiro público ao setor privado

O setor privado tem adquirido nos últimos anos um peso crescente na área da saúde em Portugal. Este crescimento manifesta-se tanto nos serviços que oferece como na sua procura por parte dos cidadãos, reduzindo assim a sua distância do setor público, apesar deste também ter crescido.

Entre 2012 e 2020, os hospitais privados ganharam 1.534 camas, enquanto o setor público perdeu 1.276. Durante o mesmo período, o privado passou a contar com mais 937 salas operatórias e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) perdeu 153 unidades. No setor privado observa-se um aumento de 4.810 médicos e no SNS de 2.586. No entanto, neste caso, os números podem ser enganadores, por não considerarem o total de horas de trabalho efetivamente realizadas.

O número total de consultas no setor privado apresentou uma taxa média de crescimento anual de 7,8% no período entre 2012 e 2019, enquanto no SNS essa taxa de crescimento foi apenas de 1,4% ao ano. No que toca às cirurgias, o aumento foi de 32,9% entre 2012 e 2019 no setor privado, para 8,6% no público.

De 2011 para 2019, as despesas privadas em saúde (suportadas pelas famílias) aumentaram 27,7% e as despesas do Estado (suportadas pelo Orçamento Geral do Estado) 20,2%. Assim, a despesa privada passou a representar 35,9% do total das despesas em saúde em 2019, face a 34,5% em 2011. De notar que, em 2019, 82,9% destas despesas privadas eram financiadas por pagamentos diretos das famílias e o restante por seguros privados de saúde.

Em setembro de 2019 a República Portuguesa aprovou a nova Lei de Bases da Saúde (LBS)¹. Um dos seus elementos mais polémicos foi a Base 25, que prevê que “quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e com profissionais em regime de trabalho independente (...)”. Este ponto representa uma alteração substancial à LBS de 1990, que indicava que “o Estado apoia o desenvolvimento do setor privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o setor público”².

O debate em torno da Base 25 centrou-se em duas questões centrais: 1 – deve ou não o Estado encorajar o desenvolvimento do setor privado?; 2 – deve ou não o Estado recorrer de forma sistemática ao setor privado, em pé de igualdade com o setor público, para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS?

¹ Lei 95/2019, de 4 de setembro 2019.

² Base 37, Lei 47/90, de 24 de agosto 1990.

A questão 2 foi premente entre os defensores do SNS original (prestação pública complementada pelo privado apenas em situações excepcionais) e os defensores da transição para um sistema Bismarck (prestadores privados e públicos em concorrência, financiados por um seguro público obrigatório). Ora, apoiar um sistema onde o Estado financia o setor privado na prestação de cuidados significa, implicitamente, o apoio financeiro ao setor privado que encontra no SNS uma fonte de rendimento.

Neste debate, importa refletir sobre o que poderá significar a coexistência dos setores.

Algumas das vantagens da existência do setor privado: permite aos utentes mais abastados aceder a cuidados não oferecidos pelo SNS, seja porque oferecem maior conforto ou porque são cuidados de baixo valor (p.ex., cesarianas não justificadas por critérios clínicos), para os quais não se justifica a alocação de recursos públicos; permite liberdade de escolha (para alguns) e permite garantir lucros para financiar cuidados mais onerosos e necessários; serve de *benchmarking* para o setor público, obrigando-o a adaptar-se, sobretudo no que respeita à qualidade das instalações e a inovações organizacionais; permite ao setor público manter profissionais altamente qualificados com salários relativamente baixos, que a atividade no privado complementa, segundo defendem alguns.

Alguns dos danos que a atividade privada pode causar ao setor público: pelo seu caráter mais lucrativo, consegue captar profissionais do setor público, desviando recursos das intervenções socialmente mais valiosas; coloca o setor público sob pressão para aumentar os salários, com impacto na despesa; pode obrigar o setor público a adotar cuidados de baixo valor, devido a um efeito negativo do *benchmarking*; o setor público poderá ser obrigado a tratar doentes em fases mais avançadas de doença – porque os cuidados no setor privado não foram adequados ou porque o utente interrompeu o tratamento privado por não o poder pagar.

Outra questão central, quando se trata da compra de serviços privados pelo SNS ou da delegação da produção completa no privado (o caso das PPP, parcerias público-privadas), é a comparação da eficiência e da qualidade. Os melhores estudos nesta área são pouco conclusivos. Uma revisão sistemática dos estudos para países europeus, incluindo Portugal, observa que os hospitais públicos são tão ou mais eficientes que os hospitais privados³. O recente relatório do Tribunal de Contas sobre este tema⁴, bastante favorável às PPP, menciona sobretudo a regulação apertada do Estado às PPP (com acompanhamento e incentivos), ao contrário do que inexplicavelmente acontece no setor público. Fica claro, à luz deste relatório, não tanto a vantagem da gestão privada, mas sobretudo os seus benefícios quando existe uma real capacidade de regulação por parte do Estado.

É claro que o sistema de saúde português conduziu desde o início do século a um desenvolvimento forte do setor privado. Este foi potenciado, em parte, pelo seguro público (ADSE) e, em parte, por políticas de restrições no SNS, nomeadamente na contratação e na compra de equipamentos – por causa dos fortes constrangimentos orçamentais durante a Grande Recessão e, no período seguinte, por causa da alocação dos recursos essencialmente à recuperação salarial. Esta incapacidade de reforçar o SNS com investimentos duráveis foi colmatada com contratos de prestação de serviços com o setor privado, que eram onerosos, variáveis e de curto prazo.

Poucos meses depois da aprovação da nova LBS, foram diagnosticados em março de 2020 os primeiros casos de COVID-19, agudizando o debate. Em particular,

O recente relatório do Tribunal de Contas sobre as PPP torna claros os benefícios de uma real capacidade de regulação por parte do Estado, tanto do setor privado como do público

Sem informação nem capacidade negocial, o SNS não passará de uma péssima central de compras ao serviço de negócios privados

alguns intervenientes argumentaram que o excesso de mortalidade, entre março e junho, era devido à falta de resposta do SNS, que podia ter sido compensada pelo recurso aos privados.

No outono de 2020, a Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo dava conta da indisponibilidade do setor privado para receber doentes COVID (*Público*, 28/10/2020), enquanto a Associação Portuguesa da Hospitalização Privada (APHP) afirmava a disponibilidade dos privados para ajudar desde o início da pandemia (*Expresso*, 9/11/2020). Entretanto, um decreto do Presidente da República, no dia 6 de novembro, abria a porta à requisição civil no setor da saúde.

A polémica sobre a real capacidade e disponibilidade do setor privado e o significado da “justa compensação” continuava. No *Expresso* de 9 de novembro, o presidente da APHP indicava que no início da pandemia estavam 354 camas disponíveis para acolher doentes com COVID; no *Jornal de Notícias* de 30 novembro, eram mencionadas 600 camas privadas utilizadas por doentes do SNS, das quais 86 para doentes COVID, nenhuma em unidades de cuidados intensivos (UCI); no *Correio da Manhã* de 27 de janeiro de 2021, eram referidas 894 camas privadas afetas ao SNS, das quais 230 para doentes COVID, 51 em UCI. Quanto à questão financeira, foi mencionado que os privados iriam receber entre 2.495 € e 8.431 € por cada internamento de doentes COVID (*Público*, 13/11/2020). O *Público* também referia que o grupo Luz Saúde defendia que devia haver revisão de preços, já que os preços estabelecidos não refletiam “os custos reais desta patologia”.

Resumindo as trocas de argumentos, o setor público parece ter considerado, numa primeira fase, que não seria necessário recorrer aos privados. O setor privado respondeu que a incapacidade do SNS já existia no início da pandemia e que o não recurso aos privados prejudicou os doentes. Numa segunda fase, o Ministério da Saúde reconheceu ter dificuldades e recorreu aos privados. Mas a polémica não acabou: o setor privado foi acusado de mostrar uma disponibilidade limitada aos doentes não-COVID, mais rentáveis. Acusação à qual o privado respondeu acabando por disponibilizar camas e aceitar os preços propostos pelo SNS.

Com um forte peso do setor privado, previsivelmente duradouro, é necessário potenciar os benefícios e limitar os danos desta coexistência. Importa, para tal, que exista uma forte regulação do setor privado, com o qual o SNS deve coexistir e ao qual poderá recorrer. A negociação durante a pandemia foi difícil porque marcada pela forte incerteza quanto à capacidade e custos reais do setor privado, criando desconfiança do lado do Estado. São claras as dificuldades quando se procura informação publicamente disponível sobre o setor privado e a sua evolução⁵. A regulação deve, sobretudo, passar por uma maior capacidade de monitorização das entidades privadas, tal como parece ter sido parcialmente o caso com as PPP: (i) conhecimento dos profissionais que acumulam empregos nos dois setores, cargas horárias e rendimentos; (ii) conhecimento detalhado dos custos dos serviços nos dois setores; (iii) conhecimento dos serviços prestados no privado, com a mesma informação que existe no SNS (diagnósticos, procedimentos, mortalidade, etc.); (iv) conhecimento detalhado da capacidade nos dois setores (recursos humanos e equipamentos). Essa informação deverá ser completada por um reforço da capacidade negocial do Estado, incluindo um corpo de profissionais altamente qualificados e isentos, com competência para transformar dados em informação, e negociar em pé de igualdade. Sem informação nem capacidade negocial, o SNS não passará de uma péssima central de compras ao serviço de negócios privados, tal como costumou ser a ADSE. ▶

³ Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PP. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(2):e434-53.

⁴ <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2009/rel015-2009-2s.pdf>.

⁵ De notar que o SNS não é isento da crítica de falta de transparência, mas os esforços nesta área foram notáveis. Veja-se o Portal da Transparência do SNS (<https://www.sns.gov.pt/transparencia/>) ou o *benchmarking* da ACSS (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>) e a disponibilização relativamente fácil de dados aos investigadores, quando solicitados.