

Avaliação da Eficiência do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) como Instrumento Regulador e de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas em Oftalmologia

por

Sérgio Miguel Pereira da Silva Rodrigues

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientada por

Maria do Rosário Mota de Oliveira Alves Moreira

Jorge Miguel Silva Valente

2012

Nota Biográfica

Sérgio Miguel Pereira da Silva Rodrigues, nasceu na cidade do Porto, freguesia de Massarelos, em Janeiro de 1979. Ingressou no curso de Economia da Faculdade de Economia da Universidade do Porto em 1997, tendo concluído a licenciatura em 2007 com a média de 12 valores.

Ingressou em 2007/2008 na Pós Graduação em Gestão e Direcção de Serviços de Saúde, na Faculdade de Economia do Porto, tendo-a concluído no mesmo ano lectivo com a nota final de 16 valores. No mesmo ano frequentou a disciplina de Simulação Contabilística Empresarial, tendo sido aprovado e co-distinguido com o prémio de melhor trabalho dessa edição da disciplina.

Em Novembro de 2003 iniciou a sua actividade profissional como assistente técnico no Centro Hospitalar do Porto (à altura Hospital Geral de Santo António).

De Junho de 2010 a Julho de 2011, exerceu funções de técnico superior na Direcção Geral das Alfândegas e Impostos Especiais sobre o Consumo, na Alfândega do Freixieiro, no âmbito de um estágio profissional ao abrigo do Programa de Estágios Profissionais na Administração Central (PEPAC), estágio esse que foi concluído com a nota de 20 valores.

Agradecimentos

A todos os que me tem aturado ao longo destes 33 anos. E mesmo a alguns que não me aturaram lá muito. A todos os que com quem aprendi alguma coisa. Aos meus amigos. Um obrigado especial a todos os bons professores que tive a sorte de conhecer, e que faço na pessoa dos meus dois orientadores, Rosário e Jorge. Obrigado a todos os colegas com que me cruzei durante o meu percurso académico. E por fim um obrigado muito especial à minha família: à minha madrinha e, principalmente, aos meus pais.

Abstract

The pressure of demand for health care on supply, particularly the provision of public initiative, as part of national health services with a Beveridgean matrix like the Portuguese one, has been a constant. This pressure invariably leads to increased healthcare costs, and the necessary system reforms in order to make them more efficient and effective, while ensuring equitable access to a basket of healthcare to the entire population. The gap between what health services are able to ensure, subject to the natural budget constraint, and these growing needs, gives rise to delays in access to health care.

The universality and fairness are the main principles of a health system, while basic need. Access to health care is determined by the concept of social justice in each country and their implementation depends heavily on the distribution of financial resources. In recent years, Portugal has witnessed the improvement of their health indicators and a set of reforms aimed at improving the efficiency of the SNS. The increased demand for health services by the population led to the emergence of waiting lists where they remained on hold for periods of time that have become unacceptable. In this context, and after attempts with the PERLE, the PPA and PECLEC, the SIGIC was created to regular programming of surgical activity since the entry on waiting lists until the process finishes with the surgery in acceptable time.

It's about SIGIC that this work focuses, looking after a general framework of the Portuguese health system, as well as a characterization of SIGIC and programs that preceded it, address the specific case of cataract surgery at the Centro Hospital do Porto, sensing to what extent the implementation of SIGIC tested positive in combating the phenomenon of waiting lists for this specific surgery.

Resumo

A pressão da procura de cuidados de saúde sobre a oferta, principalmente a oferta de iniciativa pública, no âmbito de serviços nacionais de saúde de matriz Beveridgiana como é o português, tem sido uma constante. Esta pressão conduz invariavelmente a aumento dos custos de saúde, e a consequentes reformas dos sistemas no sentido de os tornar mais eficientes e eficazes, mas sem deixar de garantir o acesso equitativo a um cabaz de cuidados de saúde a toda a população. O *gap* entre o que os serviços de saúde são capazes de garantir, subordinada à natural restrição orçamental, e estas crescentes necessidades, dá origem a demoras no acesso aos cuidados de saúde.

A universalidade e a equidade são os principais princípios orientadores de um sistema de saúde, enquanto necessidade básica. O acesso à saúde é determinado pelo conceito de justiça social de cada país e a sua implementação depende muito da distribuição dos recursos financeiros. Nos últimos anos, Portugal tem assistido à melhoria dos seus indicadores de saúde e a um conjunto de reformas com o objectivo de melhorar a eficácia do SNS. O aumento da procura dos serviços de saúde pela população levou ao aparecimento de listas onde se permanecia em espera por períodos de tempo que se tornaram inaceitáveis. Neste contexto, e depois das tentativas com o PERLE, o PPA e o PECLEC, criou-se o SIGIC para regular a programação da actividade cirúrgica desde a entrada nas listas de espera até à conclusão do processo com a realização da cirurgia em tempo aceitável.

É sobre o SIGIC que este trabalho incide, procurando depois de um enquadramento geral do sistema de saúde português, bem como uma caracterização do SIGIC e dos programas que lhe antecederam, abordar o caso específico da cirurgia às cataratas no Centro Hospitalar do Porto, procurando perceber até que ponto a implementação do SIGIC se revelou positiva no combate ao fenómeno das listas de espera para esta cirurgia específica.

Índice Geral

Introdução	1
1 – Enquadramento Teórico.....	5
1.1 - Caracterização Geral do SNS Português	5
1.1.1 – Evolução do SNS português	5
1.1.1.1 - O sistema de saúde português antes de 1970.....	6
1.1.1.2 - Estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (1971-1985):.....	7
1.1.1.3 - Regionalização do SNS e novo papel para o sector privado (1985-1995).....	9
1.1.1.4 - A abordagem segundo a “nova gestão pública” para a reforma do SNS (1995-2001)	11
1.1.1.5 – De 2002 até a actualidade	13
1.1.2 – O SNS português versus outros sistemas de saúde.....	14
1.2 – Especificidades do Sector da Saúde.....	18
2 – As Listas de Espera em Saúde	21
2.1 – O Fenómeno das Listas de Espera	21
2.2 – O Estudo das listas de Espera nos Serviços de Saúde a Nível Internacional.....	22
2.3 – Medidas de Combate às Listas de Espera.....	25
2.4 – As Principais Medidas de Combate às LEC do SNS Português.....	27
2.4.1 – O Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE).....	27
2.4.2 – O Programa de Promoção de Acesso (PPA).....	27
2.4.3 – O Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) ..	28
2.4.4 – O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).....	29
3 – Caracterização do Programa SIGIC.....	31
3.1 – O SIGIC	31
3.2 – Legislação	32
3.3 - Funcionamento e organização do SIGIC.....	33
4 – Análise da Eficiência do SIGIC: Considerações Metodológicas.....	37
4.1 - Tipo de Estudo.....	37
4.2 - População Alvo	39
4.3 - Amostra	39
5 – Caso de Estudo.....	40
5.1 – Breve Análise das Consequências a Nível Nacional da Implementação do SIGIC	40
5.2 – Análise da LEC no CHP Antes e Após a Implementação do SIGIC.....	41
5.3 – Análise da Cirurgia às Cataratas no CHP	42
6 – Conclusões.....	46

Lista de Quadros

Cirurgias às cataratas	43
------------------------------	----

Lista de Gráficos

Produção Cirúrgica Julho 2001 – Maio 2011	45
-------------------------------------------------	----

Lista de Abreviaturas

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde

ARS: Administração Regional de Saúde

CHP: Centro Hospitalar do Porto

EPE: Entidade Pública Empresarial

GDH: Grupo de Diagnóstico Homogéneo

LEC: Lista de Espera Cirúrgica

NHS: National Health System

OCDE: Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

PECLEC: Programa Especial de Combate às Lista Espera Cirúrgicas

PERLE: Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera

PIO: Programa de Intervenção em Oftalmologia

PPA: Programa de Promoção de Acesso

PPP: Parceria Público-Priva

SIGIC: Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC: Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SNS: Serviço Nacional de Saúde

UCGIC: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

URGIC: Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Introdução

“Avaliação da Eficiência do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) como Instrumento Regulador e de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas” um título longo, como longo é o combate àquele que é talvez o problema mais visível, senão mesmo o mais grave na generalidade dos sistemas de saúde (Antunes, 2001). Sendo um problema que afectou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) desde a sua criação, é a partir de 1992 que o fenómeno das listas de espera é reconhecido oficialmente, uma vez que, a Direcção-Geral dos Hospitais quando definiu as linhas Estratégicas para 1992-1994 estabeleceu como principal linha de actuação “Reduzir a Espera – Aumentar a Utilidade Técnica e Social”. A lista de espera por cuidados de saúde, e mais especificamente a lista de espera cirúrgica (LEC), tem sido um dos problemas mais “atacados” pelas diversas políticas de saúde, só que em face das diversas condicionantes e determinantes económicas (constrangimentos orçamentais, evolução demográfica, aumento das expectativas sobre o nível de cuidados de saúde, evolução tecnológica dos cuidados de saúde), a avaliação dos diversos programas e iniciativas é difícil, dado que o contexto em que estas se desenvolvem estão em constante mutação e evolução, existindo opiniões divergentes acerca da sua eficácia/eficiência, bem como da forma de avaliar esses parâmetros Este trabalho procurará enquadrar e realizar a avaliação do programa SIGIC como instrumento de incentivo à diminuição das LEC.

A existência de LEC é um dos aspectos do acesso a cuidados de saúde ao qual o poder político mais atenção tem prestado (Barros, 2008), no sentido de as reduzir e controlar. A existência de LEC é um problema comum aos sistemas de saúde onde vigora um modelo de SNS e onde a remuneração do médico provém de um salário (Hurst *et al*, 2004). As listas de espera tendem a aparecer em países que combinam SNS (com partilha de custos baixa ou nula por parte do utente) e restrições de capacidade de cirurgia. Com efeito, o SNS remove barreiras financeiras ao acesso a cuidados de saúde, potenciando a procura. As restrições de capacidade impedem que a procura corresponda à oferta, criando listas de espera (Barros, 2008). Com as pressões resultantes do envelhecimento da população, e o aumento das restrições orçamentais, o impacto destes programas na despesa em saúde torna especialmente relevante a sua avaliação em

termos de eficácia e eficiência. Em relação ao tipo de remuneração auferida pelos médicos no nosso SNS e a sua relação com o aparecimento de LEC facilmente se depreende que estando este dependente do simples cumprimento das funções e de um horário de trabalho, sem qualquer relação directa com o volume de produção, não existe um incentivo ao nível da remuneração para que o número de actos cirúrgicos aumente, o que potencia o surgimento de listas de espera.

A análise do fenómeno das listas de espera em saúde, bem como das medidas de combate a este fenómeno, apresenta-se como verdadeiramente fundamental, uma vez que só compreendendo a dimensão e o alcance das medidas de combate, estas poderão ser melhoradas e desenvolvidas de forma a que com a aplicação do mínimo de recursos seja possível garantir a melhoria do nível de saúde da população, num espírito de transparência e equidade.

O objectivo fundamental deste trabalho é o de efectuar a análise do programa SIGIC como instrumento que contribua para a resolução do problema das LEC. As medidas de combate a esta situação apresentaram diversas formas ao longo do tempo, importando saber se o actual sistema (SIGIC) é a forma ideal de resposta a esta problemática. Para compreender melhor a problemática das LEC será necessário abordar todo o processo pelo qual o utente passa desde a sua entrada na rede de cuidados do SNS até à intervenção cirúrgica, e mostrar que não se trata de uma fila de espera única mas de um sistema de listas de espera interligadas. Esta temática será também analisada sob o ponto de vista económico.

Desta forma, o presente trabalho procura avaliar o impacto do programa de combate às LEC denominado SIGIC, analisando os efeitos deste programa sobre as listas de espera cirúrgicas. O impacto do SIGIC será avaliado em termos globais numa primeira fase, sendo posteriormente analisado o seu efeito sobre um tipo específico de cirurgia e numa determinada instituição de saúde.

Com este estudo, visa-se atingir os seguintes objectivos:

- Enquadrar a problemática das LEC no âmbito do que é preconizado pela teoria económica no que se refere à prestação de cuidados de saúde, e na estrutura organizacional do nosso SNS;

- Avaliar o grau de execução do programa de intervenção para a recuperação das listas de espera cirúrgicas, não só em termos globais, mas também para um caso particular de análise;
- Apurar os tempos de espera para intervenções cirúrgicas mais realizadas no âmbito do SIGIC, e avaliar comparativamente o mesmo parâmetro para a intervenção analisada em particular, procurando justificar eventuais diferenças;
- Caracterizar a “produção” cirúrgica para a especialidade selecionada para estudo, considerando o regular funcionamento dos blocos operatórios para esse tipo de intervenção;
- Avaliar o comportamento dos agentes envolvidos no SIGIC, nomeadamente ao nível da capacidade do programa em incutir o comportamento desejado nos diversos agentes envolvidos, no sentido da diminuição das LEC.

O presente trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: no capítulo 1 é feita a caracterização geral do SNS Português, nomeadamente a apresentação da sua origem, a sua evolução, os desafios que lhe foram colocados e as reformas que entretanto foram produzidas. Dado Portugal pertencer ao espaço comunitário, será feita uma breve caracterização dos diferentes sistemas de saúde existentes na União Europeia, de forma a ser possível um enquadramento comparativo. Na segunda parte desse capítulo procedemos ao enquadramento teórico do problema apresentando algumas das características específicas do mercado da saúde.

No capítulo 2 começamos pela apresentação dos fundamentos da teoria económica subjacentes ao problema da existência de listas de espera, enquadrando o problema e o combate às listas de espera cirúrgica no âmbito das condicionantes específicas do mercado de prestação de cuidados de saúde. São introduzidos os conceitos fundamentais (tais como o acesso aos cuidados de saúde e a questão da equidade desse acesso, entre outros) à compreensão do problema das LEC, apresentando de forma resumida as características próprias da oferta e da procura deste mercado. Neste capítulo é efectuada, ainda, a decomposição das diferentes faces do fenómeno das listas e dos tempos de espera cirúrgicos, dando particular atenção às suas origens e causas, enquadrando-as no funcionamento do “mercado” dos cuidados de saúde nas vertentes da oferta e da procura dos mesmos. Dada a sua importância na análise, situamos esta questão no contexto internacional, no sentido de se melhor perceber as prioridades

entretanto criadas para fazer face a este problema. Seguidamente, analisamos o percurso histórico do combate às LEC, focando especial atenção nos diferentes programas de combate e recuperação das listas de espera que antecederam o SIGIC: o Programa Específico de Resolução das Listas de Espera (PERLE), o Programa de Promoção do Acesso (PPA) e o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC).

No capítulo 3 será feita a caracterização do programa em análise neste trabalho, o SIGIC, nomeadamente a descrição do seu funcionamento, de modo a permitir uma melhor percepção da operacionalidade do programa. Uma avaliação da execução do SIGIC ao nível nacional, através de auditoria efectuada pelo Tribunal de Contas, antecede a abordagem do trabalho de campo (desenvolvido no capítulo 5), que consiste na análise das filas de espera cirúrgicas no serviço de oftalmologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

No capítulo 4 apresentamos a metodologia seleccionada para a análise do problema subjacente ao tema do trabalho, justificando a opção e expondo brevemente abordagens alternativas. Terminamos o capítulo com a indicação da forma de recolha e tratamento da informação, assim como da população alvo e respectiva amostra.

A análise das filas de espera cirúrgicas no serviço de oftalmologia do CHP, relativas à cirurgia às cataratas, é efectuada no capítulo 5. A escolha deste tipo específico de cirurgia como objecto de análise, resulta fundamentalmente da repercussão que esta lista de espera cirúrgica em concreto obteve na generalidade dos meios de comunicação social, quer não só pela sua dimensão, mas sobretudo pelo facto de afectar primordialmente as faixas etárias superiores (e num país em processo de envelhecimento como é Portugal) e também pelo “terror” que suscita em cada um de nós a ideia da perda de visão e todas as suas repercussões sobre a qualidade de vida de cada um.

No capítulo 6 é feita a apresentação das conclusões retiradas da análise desses resultados.

1 – Enquadramento Teórico

1.1 - Caracterização Geral do SNS Português

1.1.1 – Evolução do SNS português

De forma a ser possível analisar o problema em concreto é aconselhável em primeiro lugar ter uma noção do contexto geral em que este se desenvolve. De facto, o problema das listas de espera em saúde, e mais especificamente a lista de espera cirúrgica, deve ser enquadrado nas características sociais, culturais e económicas do país objecto de análise. No caso português o “ambiente” em que se desenvolve o “problema” é o SNS português. É assim importante conhecer a evolução do sistema de saúde português num passado mais recente e compreender melhor os factores que mais influem sobre o seu desenvolvimento e a sua configuração actual.

Nos últimos 25 anos, Portugal sofreu de forma sucessiva, e em intervalos temporais bastante curtos, uma série de transformações de importância transcendente: a democratização e conseqüente descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico. O sector da saúde teve, desta forma, para além da habitual evolução a que todos os sistemas de saúde estão sujeitos, que enfrentar as convulsões políticas pelas quais o país passou, que fizeram o SNS enfrentar constantes alterações ao nível das expectativas dos cidadãos face ao sistema, e conseqüentemente das necessidades em termos de saúde a satisfazer, bem como a alterações de rumo político e da linha condutora da política de saúde. Ao longo dos últimos 35 anos pode ser de forma inequívoca identificada uma linha de actuação que se traduziu num esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde. Numa primeira análise esta linha promoveu um aumento do financiamento da saúde, na expansão dos serviços de saúde (em termos quantitativos e qualitativos), quer em termos de instalações, quer na adopção de novas tecnologias médicas e de informação: melhoria do acesso a medicamentos e contínuos esforços que procuraram de alguma forma melhorar a

organização e gestão do SNS, ainda que muitas vezes sem os desígnios desejados serem integralmente ou mesmo em grande parte alcançados. Na verdade, reformas “bem” intencionadas foram muito frequentemente implementadas de forma incompleta, quer ao nível da profundidade, quer ao nível da extensão da reforma. Esta implementação incompleta ocorreu, quer por limitações de gestão, quer por movimentos de resistência à mudança ou descontinuidade política. De facto, ao longo deste período de tempo, foi frequentemente observado que, num mesmo ciclo político, com o mesmo primeiro-ministro, a mudança de equipas ministeriais levou a alterações substanciais nas agendas políticas, e como tal no “caminho” a seguir para atingir os objectivos, se não quando, resultando mesmo numa reformulação dos ditos objectivos em termos de política de saúde (Rosa, 2002).

Serão considerados seis períodos distintos, que correspondem, geralmente, a cinco agendas políticas:

-antes dos anos 70

-do início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

-de 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado

-de 95 a 2002 - uma “nova gestão pública - new public management” para o SNS

-de 2002 até a actualidade

1.1.1.1 - O sistema de saúde português antes de 1970

No início dos anos 70 Portugal apresentava indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental (Ferreira, 1990): uma taxa de mortalidade infantil de 58.6 (5.0 em 2001), aproximadamente 8.000 médicos (à volta de 33.000 em 2001, com um pequeno incremento populacional ao longo destes 30 anos), 37% de partos hospitalares (99% em 2001).

O sistema de saúde português estava excessivamente fragmentado: alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971); médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas sem grande capacidade de interligação entre si; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório;

o que tornava toda e qualquer tentativa de homogeneização e organização holística do sistema praticamente inexecutável.

Em termos de afectação de recursos, o sector da saúde estava longe de representar a importância (na ordem dos 10%) que representa actualmente na economia nacional. A capacidade de financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada, pelo que a despesa com a saúde era de 2,8% do Produto Interno Bruto, em 1970. As profissões da saúde, principalmente médicos, adaptavam-se às limitações económicas no sector e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações dentro do mercado da saúde, de forma a conseguir um nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável.

1.1.1.2 - Estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (1971-1985):

A reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), que incluiu o estabelecimento dos “Centos de Saúde”, foi concebida no espírito daquilo que, 7 anos mais tarde, vem a ser declarado, em Alma Ata, como “cuidados de saúde primários” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003). Apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro Serviço Nacional de Saúde.

A revolução democrática do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente, e dela emergiram novas políticas sociais. Dentro deste novo espírito de direitos e deveres de uma cidadania numa sociedade moderna e democrática, a criação de um Serviço Nacional de Saúde foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa, e principalmente, mais equitativa, de serviços de saúde. A constituição passava a estabelecer que “todos têm direito à protecção da saúde”, e que esta se realizaria “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Vai para além disso e, perspectivando a visão moderna do que é a saúde de um indivíduo, também faz referência ao desenvolvimento económico, social e cultural de forma a assegurar e a promover a saúde. A lei do Serviço Nacional de Saúde (1979) declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica. A revisão da Constituição em 1989 muda “serviço nacional de saúde” “gratuito” para “tendencialmente gratuito”. A nova lei do Serviço Nacional de Saúde também

significou que o financiamento da saúde começou a provir do Orçamento Geral do Estado, substituindo o financiamento com base nos fundos sociais. Em termos de reestruturação da própria carreira médica, e na linha da crescente importância atribuída aos cuidados de saúde primários, convém referir que a carreira médica de Clínica Geral e Familiar foi introduzida em 1980.

Os anos 70 não foram tempos fáceis para a reforma do sector da saúde em Portugal. Esta enfrentou em primeira análise importantes restrições de ordem económica e financeira, que constituíram importantes escolhos à rota traçada: a “crise do petróleo” teve um impacto muito negativo na economia portuguesa. Como consequência surgiram sérias limitações no financiamento disponível para proceder ao arranque da mudança e iniciar as reformas sociais. O SNS tornou-se uma realidade subfinanciada, em face dos objectivos e desígnios a atingir, desde o seu início. Para um país que experimentava o início da democracia e o processo da descolonização, as exigências de gestão do SNS foram um desafio imenso: realidades culturais e expectativas face aos cuidados de saúde muito heterogéneas em termos regionais e sociais, bem como uma pressão crescente em termos de necessidades ao nível dos cuidados de saúde, quer pelo aumento da população residente (retornados e abrandamento da emigração), quer pelo aumento das expectativas em termos de cuidados de saúde a serem garantidos pelo sistema de saúde. Tendo passado uma década desde a implementação dos centros de saúde (centros de saúde de 1ª geração), começou a considerar-se como perdida a oportunidade de lhes fornecer os meios técnicos, financeiros, bem como o desenvolvimento organizacional necessário para melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica (medicina geral e familiar). De facto quando em 1984/1985 os centros de saúde foram fundidos com os Serviços Médico-Sociais da Previdência, todo o sistema se tornou descaracterizado: os então centros de saúde (1ª geração) com actividade predominantemente na área da saúde pública foram fundidos com os postos das caixas de Previdência que faziam medicina curativa, tornando-se no que se designa por centros de saúde de 2ª geração. Concomitantemente, os salários atribuídos aos diversos profissionais de saúde nesta área continuavam a ser baixos, pelo que muito poucos se dedicavam exclusivamente ao SNS, originando uma falta de meios, bem como um baixo nível de disponibilidade e identificação com a actividade nos centros de saúde.

Facilmente se depreende que, desde o início, o SNS português apresentava várias e profundas limitações “genéticas”.

1.1.1.3 - Regionalização do SNS e novo papel para o sector privado (1985-1995)

Ao contrário dos primeiros dez anos de democracia, esta década foi marcada por uma estabilidade política sem precedentes desde a revolução de Abril. Factor fundamental no rumo entretanto seguido foi o facto de Portugal se ter tornado membro da Comunidade Económica Europeia (hodiernamente União Europeia) em 1986, o que originou um influxo de capitais, tornando-se possível o financiamento europeu para desenvolvimento de infra-estruturas sociais e económicas, o que naturalmente incluiu, como um dos vectores fundamentais do processo de convergência face aos demais países da comunidade, o sector da saúde, de forma a que fosse possível aproximar Portugal dos índices médios em termos de saúde individual e pública. As instalações e equipamentos do SNS continuaram a expandir-se, sendo que uma proporção crescente da riqueza do país era destinada à saúde (Ferreira e al, 2006).

Tornou-se clara a necessidade de alterações de gestão e organizacionais para melhorar a efectividade e eficiência do sector da saúde. Foram várias as preocupações na agenda política, que emergiram ao longo desta década.

Em primeiro lugar, uma reformulação da rede de cuidados de saúde do SNS. A legislação de 1979 ignorou quase de forma completa a existência de um sector social e privado com crescente relevância na saúde, com o qual seria importante, quando não fundamental, articular com o sector de prestação público de cuidados de saúde. A legislação de 1990 (Lei de bases da saúde) definiu o papel do SNS num contexto mais alargado de sistema de saúde, atribuindo um novo papel para o sector privado. Esta nova legislação também se destinava a estimular o sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde, tendo o legislador de então defendido que em algumas áreas, ainda que sujeitas à “vigilância” das autoridades, se deveria deixar a iniciativa e o sector privado ocuparem-se da afectação dos recursos, do financiamento das actividades ou pelo menos da gestão das actividades prestadoras de cuidados de saúde. De facto, em 1995, e como primeiro exemplo deste tipo de iniciativas e políticas, a gestão de um hospital novo, de 600 camas, próximo de Lisboa, foi contratada a um consórcio privado. No entanto esta não foi uma linha de actuação

completamente abraçada, pelo que esta modalidade não voltou a ser aplicada nos 6 anos seguintes.

Outra linha fundamental desta década foi a regionalização e integração do SNS, seguindo uma perspectiva descentralizadora, que foi defendida para a generalidade das actividades do estado, e que naturalmente também se estendeu ao sector da saúde. Em 1993 foram estabelecidas 5 regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde) assim como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde, inter-relacionando e conjugando as actividades destes dois tipos de instituições de saúde, que deveriam complementar-se mas que normalmente se encontram desligadas. Estas novas unidades funcionais tinham como objectivo conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários.

O financiamento do SNS também mudou com a introdução do co-pagamento por parte dos utentes no SNS. Em 1990, o Governo introduz, assim, as taxas moderadoras no SNS, para a generalidade dos cidadãos, com excepção dos grupos de risco e economicamente desfavorecidos.

Ao nível dos profissionais de saúde, existe o desejo de captar melhores recursos humanos, de uma forma integral para o SNS: melhores salários em troca de uma maior separação entre serviços públicos e privados. Foi feita uma tentativa para estabelecer uma maior separação entre o exercício em estabelecimentos públicos e a prática privada, em troca de uma melhor remuneração. As greves médicas, prolongadas, resultaram na melhoria salarial, mas com poucas contrapartidas ao nível de uma verdadeira separação do exercício da actividade pública da privada: a existência de preceitos legais que em muitas situações preconizam a impossibilidade da prática em simultâneo dos dois tipos de actividade é na maior parte dos casos ignorada pelos órgãos directivos das diversas instituições, que são coniventes com esta prática, a qual resulta, geralmente, em prejuízo do sector público.

Regra geral, a descontinuidade nas agendas políticas levou a que o impacto destas iniciativas fosse limitado, e muitas vezes com resultados adversos e contraproducentes entre as diferentes agendas. De forma a conseguir alguma transferência do peso financeiro do sector para o âmbito da iniciativa privada, a lei de 1990 propôs um esquema de “opting-out”, que permitia aos cidadãos moverem-se da “seguradora” pública para seguradoras privadas, recebendo estas um subsídio per capita do Estado.

Contudo, esta medida acabou por não ser implementada, aparentemente, devido à falta de interesse das seguradoras. Outras alterações incluíram o início do desenvolvimento de um sistema de informação baseado nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) para a gestão hospitalar.

1.1.1.4 - A abordagem segundo a “nova gestão pública” para a reforma do SNS (1995-2001)

Após 10 anos de considerável estabilidade política – um governo do Partido Social Democrata com maioria parlamentar em 8 destes 10 anos – iniciou-se um novo ciclo político no final de 1995. Nos 6 anos seguintes o país é, novamente, governado por um governo de um só partido (Partido Socialista). No entanto, ao contrário do que aconteceu no ciclo político prévio, estes governos foram suportados por uma minoria parlamentar que escolheu não promover coligações políticas ou alianças necessárias para promover uma maior estabilidade política. No Parlamento, o suporte ao Governo era negociado caso a caso. Este ambiente político não era muito propício a grandes reformas e de tal se ressentiu a evolução natural do Serviço Nacional de Saúde. Neste novo contexto político, ao qual se foi associando uma maior integração económica no seio da comunidade europeia, foi adoptado um processo de reforma cauteloso centrado em princípios da “nova gestão pública” aplicada à reforma do SNS.

De 1996 a 1999 ocorre a implementação de uma nova estratégia para a saúde, procurando preparar o sector para a viragem do século. Esta estratégia foi desenvolvida de forma a incluir metas de 5 e 10 anos, visando ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços mais modernos a médio prazo. A implementação e monitorização desta estratégia foi descontinuada quando uma nova equipa ministerial entrou em funções no final de 1999. A estratégia passava por uma série de vectores principais. Em primeiro, lugar podemos apontar uma procura de empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde. Foi decidido, em 1996, que todos os hospitais deveriam aplicar novas formas de gestão, mais flexível e autónoma, como se de “empresas públicas” se tratassem, procurando aplicar à gestão pública a generalidade dos princípios da gestão privada. De 1996 a 1999, 3 novos hospitais adoptaram novas formas de gestão. Durante este período iniciaram-se uma série de projectos experimentais na reorganização dos cuidados de saúde primários. Os projectos Alfa são

exemplos destas experiências em que equipas de médicos, enfermeiros e administrativos, com um projecto de trabalho negociado com a administração, exerciam a sua actividade, muitas vezes em instalações mais próximas das comunidades. Estas experiências foram avaliadas positivamente e estimularam a adopção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, numa base experimental, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infra estruturas de informação. Estas experiências também inspiraram a legislação de 1999, que via os centros de saúde como organizações em rede. Contudo, este processo foi interrompido em 2000. Em termos de política de recursos humanos, procurou-se aumentar a sua oferta, pelo que, em 1998, o Conselho de Ministros adoptou uma resolução criando mais duas escolas de medicina públicas, reforçando o ensino da enfermagem, promovendo mais capacidade de investigação e melhor coordenação entre as instituições onde se faz a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde. Ao nível dos serviços instalados procurou-se melhorar as infra-estruturas da saúde pública. Foram criados 5 centros Regionais de Saúde Pública, desde 1999, com o objectivo de reforçar a saúde pública ao nível regional e local através de fornecimento de perícia em epidemiologia e liderança na promoção e gestão da saúde. Ocorreu também uma alteração relevante na forma de funcionamento do sistema de saúde: aprofundou-se a distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde. Foram estabelecidos sistemas locais de saúde: em 1996, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) iniciaram um processo que levou ao estabelecimento das “Agências de contratualização”. Estas destinavam-se a desenvolver perícia na análise, negociação e decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de informação e monitorização para esse fim. Em 1999 foi aprovada legislação para suportar a melhoria de coordenação das actividades de saúde ao nível local (sistemas locais de saúde), que contudo não foi implementada.

Foram também implementados programas para reduzir as listas de espera cirúrgicas e para introduzir o cartão do utente. Desde 1997 que o método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais foi parcialmente alterado para incorporar elementos de financiamento prospectivo, relacionado com actividade (baseados nos GDH). Foram tomadas algumas iniciativas para regular o mercado farmacêutico, incluindo a promoção de medicamentos genéricos. Em 2001 o Ministro da Saúde estabeleceu

normas formais para o desenvolvimento de Planos Directores Regionais para os hospitais e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Simultaneamente, anunciou planos de estabelecer Parcerias Público-Privado (PPP) para a construção de novos hospitais.

1.1.1.5 – De 2002 até a actualidade

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial, assumindo a figura de Entidades Públicas Empresariais (EPE). Em 2003, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assume-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam co-existir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Volvidos dois anos, este diploma será revogado, sendo reprimado o Decreto-Lei n.º 157/99. Mais uma vez, a evolução do SNS é errante e feita de avanços e recuos.

Em 2003, nasce a Entidade Reguladora da Saúde procurando-se, desta maneira, a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Em 2007 surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. O regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades, bem como o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, tinham

em vista obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

Em 2009 ocorre a reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. No horizonte estava a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros.

1.1.2 – O SNS português versus outros sistemas de saúde

O sistema de saúde português é, desde 1979, baseado no SNS, podendo ser caracterizado como um seguro público, com cobertura universal, equitativo, com custos reduzidos para o utente aquando da prestação do serviço e financiado por impostos e taxas moderadoras. Actualmente, o sistema de saúde português é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), por seguros de saúde voluntários e privados e pelos subsistemas de saúde, sendo estes esquemas de seguro de saúde geralmente associados à actividade profissional. Os prestadores de cuidados de saúde privados possuem um papel suplementar ao SNS e não uma alternativa integral a ele, fornecendo, sobretudo, serviços de diagnóstico, terapêuticos e dentários, assim como consultas de especialidade, serviços de reabilitação e psiquiátricos.

As unidades de saúde podem ser divididas em três tipos: hospitais, que garantem cuidados de saúde como cirurgias e consultas de diversas especialidade; centros de saúde, onde se encontram disponíveis consultas de clínica geral (médico de família) e de algumas especialidades e tratamentos de enfermagem; por último, e apenas com consultas de clínica geral (médico de família) e alguns tratamentos de enfermagem, os postos médicos.

De forma a procurar regular e conter a entrada no sistema de saúde Portugal adoptou um sistema de “gate-keeping”, no qual os pacientes têm de recorrer a um médico de clínica geral (médico de família) para uma primeira avaliação para eventual envio posterior ao especialista. Estes profissionais de saúde prestam os cuidados primários necessários e

referenciam quando necessário os utentes, permitindo-lhes o acesso aos restantes níveis de cuidados, designadamente as consultas de especialidade.

No que respeita ao seu financiamento, o SNS depende maioritariamente de transferências provenientes do Ministério da Saúde. As ARS têm a responsabilidade de planeamento, afectação de fundos, execução dos objectivos da política nacional de saúde, gestão dos recursos humanos, fornecimento de apoio técnico e administrativo às unidades de saúde e supervisionar e avaliar o desempenho das unidades de saúde.

Os subsistemas de saúde, assim como os seguros privados, concedem uma cobertura suplementar relativamente à fornecida pelo SNS, originando dupla cobertura e desigualdades no acesso a cuidados de saúde, quando comparados com os utentes exclusivos do SNS.

Relativamente à sua gestão, o SNS é, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, controlado centralmente, mas com gestão descentralizada, isto é, gerido pelas cinco Administrações Regionais de Saúde. Acordou-se que cada ARS receberia um orçamento, mediante as necessidades da população, para usar na prestação de serviços de saúde. No entanto, na prática, a autonomia das ARS na afectação de orçamentos tem sido limitada aos cuidados primários, uma vez que os orçamentos dos hospitais continuam a ser definidos e distribuídos pela autoridade central.

O financiamento do sistema de saúde português é feito através de uma combinação de recursos públicos e privados, tal como observado para a maioria dos países da UE. O SNS é fundamentalmente financiado através da tributação geral e contribuições compulsórias para os subsistemas públicos de saúde. Os subsistemas de saúde são, maioritariamente, financiados pelas contribuições efectuadas pelos empregadores, incluindo o Estado, e pelos empregados. As formas de financiamento privadas têm um peso significativo e consistem em pagamentos directos e co-pagamentos efectuados pelos pacientes e os prémios de seguros voluntários de saúde.

Em 2006, 71.7% do total de financiamento da despesa em saúde proveio do Estado (financiado maioritariamente através de impostos), e o remanescente, sob a forma de co-pagamentos, seguros de saúde privados, entre outros, foram responsáveis por 28,3% do financiamento (OECD Health Data 2010). Para além do montante estabelecido no orçamento anual para financiamento, o SNS possui ainda receitas próprias, geradas na sua maioria pelos hospitais (donativos, pagamentos de quartos privados, pagamentos de

beneficiários de subsistemas de saúde e seguradoras privadas, entre outros). Para além destas receitas, existem as taxas moderadoras, que se traduzem na partilha de custos nos cuidados de saúde. Os pagamentos directos têm vindo a aumentar nos últimos anos, sobretudo no SNS, sob a forma de co-pagamentos ou taxas moderadoras dos utentes, que consistem numa quantia fixa para um determinado serviço paga pelos utilizadores. Os pagamentos directos encontram-se igualmente nos produtos farmacêuticos, cujo objectivo é influenciar a procura, diminuindo o risco moral inerente a um serviço que é gratuito e, por conseguinte, pode levar a excesso de consumo, e transferir parte do custo financeiro para os utentes.

Para além das fontes de financiamento referidas anteriormente existem ainda outras formas de obtenção de recursos como os seguros voluntários de saúde, os subsistemas, as fontes externas de fundos e outras fontes de financiamento como fundos de mutualidades e a rede de cuidados continuados.

Em Portugal, a porção de financiamento da saúde afecta ao sector público é superior à porção afecta ao sector privado e por esta razão as variações da despesa em saúde reflectem-se sobretudo na despesa pública em saúde. O sector privado tende a ter um carácter suplementar, focando os seus serviços em procedimentos não essenciais à vida humana (tratamentos dentários, cirurgia plástica, entre outros) e alguns produtos farmacêuticos.

Temos então que o SNS português é do tipo Beveridgeano, ainda que para alguns sectores específicos da população (subsistemas) apresente características de um sistema Bismarckiano.

De forma a compreendermos como se enquadra o sistema nacional de saúde português, vamos apresentar um breve resumo dos três países que representam os paradigmas dos três tipos de sistema de saúde que estão preconizados pela teoria da economia da saúde (European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 a 2011):

-Alemanha

Modelo Bismarckiano que assenta no financiamento público dos serviços de saúde. Todos os cidadãos beneficiários das caixas de seguro obrigatório contribuem directamente com valores pouco significativos para os cuidados de saúde, sendo a cobertura dos cuidados assegurada por um sistema de seguros fortemente estruturado e sujeito a um controlo e regulamentação bastante apertados, sistema esse que não pode

ser rotulado de forma inequívoca de privado ou público, e como tal devemos considerar como misto. Os fundos são variados e estão organizados por regiões, por actividade profissional ou, em alguns casos de grande dimensão, por empresa. Cerca de 90% da população está coberta por este sistema de seguro de saúde público, existindo ainda indivíduos que complementam com seguros voluntários ou que optam por completo pelo seguro privado.

Estes fundos públicos pagam directamente aos prestadores os serviços prestados aos seus beneficiários, quer sob a forma de orçamentos globais ou pagamentos por acto. No caso dos beneficiários dos seguros privados, as seguradoras procedem a pagamentos directos aos prestadores ou reembolsam aos segurados. Em termos de investimentos hospitalares, estes são em grande parte financiados pelo estado.

-Holanda

O sistema combina o sistema de reembolso voluntário com sistema de contrato público, através de fundos de seguro de doença, pagando-se directamente aos prestadores. De forma a impedir o crescimento exponencial e excessivo da despesa com a saúde existe uma regulamentação central dos preços, do volume e a capacidade da prestação de cuidados, sendo o financiamento e a partilha dos custos apoiado num sistema misto de esforços públicos e privados. É um sistema que se baseia na livre escolha dos prestadores e das seguradoras, mas consignando parte dos fundos recolhidos na promoção de uma escolha esclarecida dos prestadores por parte dos beneficiários. Em termos de cobertura do sistema, existe um elenco de doenças e incapacidades graves e prolongadas em relação às quais toda a população está coberta via seguro obrigatório. Uma segunda parcela é assegurada pela colecta por parte dos empregadores do financiamento dos fundos de doença. Por fim, uma terceira parte é assegurada pelos seguros privados.

-Reino Unido

O sistema de saúde do Reino Unido continua a ser considerado o paradigma de um Serviço Nacional de Saúde universal, linha essa que influenciou os sistemas de saúde de uma série de países, como Portugal, em que os recursos provêm essencialmente de impostos, os prestadores são na sua maior parte públicos e existe cobertura universal e tendencialmente gratuita para toda a população. Tem sido idealizado por William Beveridge, este tipo de sistema de saúde é correntemente classificado como

beveridgiano. A finalidade do serviço nacional de saúde Britânico, National Health System (NHS) é garantir a melhoria do estado de saúde físico e mental da população e actuar na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

O NHS é financiado simultaneamente por impostos (79% das despesas), por contribuições do seguro nacional (16%) e pelo pagamento dos doentes (5%) (Hindle et al., 1993). Os cerca de 58 milhões de habitantes do Reino Unido têm direito a cuidados de saúde gratuitos, oferecidos pelo NHS, independentemente do rendimento ou das contribuições pagas. O objectivo principal do NHS é prestar cuidados de saúde compreensivos a toda a população.

1.2 – Especificidades do Sector da Saúde

Em primeiro lugar devem ser apontadas as características muito específicas do mercado da saúde. Uma das características importantes do sector da saúde é o facto da procura de cuidados de saúde ser uma procura derivada, pelo que as preferências individuais sobre o consumo e cuidados médicos dependem da ocorrência, ou não, de episódios de doença (Barros, 2001). De facto, os cuidados de saúde não são procurados como um bem por si mesmos, mas como um meio de atingir um determinado “stock” de saúde que permita ao indivíduo conseguir satisfazer as suas demais necessidades: por exemplo, ter a condição de saúde suficiente para poder exercer a actividade necessária a obter o nível de rendimento que lhe permita adquirir os bens e serviços que consome. Assim sendo, as características especiais deste “bem” não deixam margem para outro objectivo no consumo que não a obtenção de um melhor estado de saúde. O reconhecimento de que a procura fundamental por parte do consumidor é de saúde, e não de cuidados de saúde *per se*, constitui um grande avanço conceptual na análise da procura de cuidados de saúde (McGuire *et al*, 1992), nomeadamente porque consegue incorporar no problema a ideia de um stock de saúde inicial diferente de indivíduo para indivíduo. A necessidade de cuidados de saúde deverá ser distinguida de procura de cuidados de saúde e de utilização de cuidados de saúde. Assim, estaremos perante uma necessidade de consumir cuidados de saúde quando um indivíduo fica doente ou incapacitado, sabendo da existência de tratamento ou cura para a situação em causa, enquanto a procura de

cuidados de saúde se manifestará quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento (Williams, 1978). Esta procura é então uma procura derivada de um determinado objectivo: a obtenção de saúde. (Matias, 1995). A própria oferta (nomeadamente os médicos) apresenta características especiais, cabendo-lhe um papel fundamental na definição do tipo e volume de cuidados de saúde procurados, sendo muitas vezes responsável pela indução da procura. No mercado da saúde, a procura induzida assenta na assimetria de informação que beneficia potencialmente o agente da oferta, e na relação de agência que se estabelece, levando a que o doente deixe no médico a decisão sobre a qualidade e a quantidade de cuidados a consumir. O agente da oferta (médico ou outro profissional da saúde) não é necessariamente passivo, e pode mesmo ser responsável pela indução de procura, fazendo os indivíduos acreditar numa necessidade de consumo de cuidados de saúde nem sempre real. Neste contexto, a necessidade é um conceito que se apresenta muito do lado da oferta, uma vez que, em última análise, a mesma existirá enquanto a prestação de cuidados de saúde apresentar uma produtividade marginal positiva, isto é, existirá procura enquanto o produto oferecido gerar benefícios marginais positivos.

Desde logo, a análise do mercado de prestação de cuidados de saúde deve ter em conta esta osmose entre a oferta e procura neste mercado: dada a existência de assimetria de informação entre os dois intervenientes do mercado, sendo menor o conhecimento do potencial doente face ao seu prestador de cuidados de saúde, cabe a este último (a oferta) decidir em grande medida quais os cuidados e que montante de cuidados de saúde a adquirir.

Outro factor que distorce este mercado resulta de, quer via seguros privados, quer via seguros públicos, a satisfação da necessidade de cuidados de saúde não estar directa e proporcionalmente ligada à afectação de parte da restrição orçamental a esse fim, provocando por vezes fenómenos de sobre-consumo, uma vez que parte do custo não é assumido directamente pelo consumidor dos cuidados de saúde. Intimamente ligado a este aspecto, a procura de cuidados de saúde tem vindo a aumentar desde que a medicina moderna existe, sendo acompanhada pelo aumento dos custos de saúde para a sociedade. Isto implica que, na maioria dos países europeus, as reformas na área da saúde têm que ser feitas atendendo aos custos, fazendo com que os sistemas se tornem mais eficientes e eficazes, garantindo um acesso equitativo à população (Nunes, 2009).

2 – As Listas de Espera em Saúde

2.1 – O Fenómeno das Listas de Espera

Filas de espera são um fenómeno comum do nosso dia a dia, e cujo estudo resulta do facto da sua incidência na vida dos indivíduos estar a aumentar em resultado de uma especialização progressiva das actividades na nossa sociedade. Foi no seéculo XX que se desenvolveram os meios de análise e os modelos de estudo desta realidade, o que permite prever e adequar em certa medida (Tavares *et al*, 1995). Estaremos perante um problema de filas de espera (da qual são exemplo as LEC) quando existe uma série de clientes, que precisam de um certo serviço, que têm de esperar numa fila física ou conceptual para satisfazerem uma determinada necessidade, sendo as chegadas ao sistema normalmente traduzidas por um determinado padrão, e a prestação do serviço também traduzida por um número de atendimentos por intervalo de tempo.

A diferença entre o que os serviços de saúde podem proporcionar e os custos que podem suportar, tem gerado uma demora ao nível da satisfação das necessidades sentidas. Essa demora, que afecta a qualidade de vida, tem vindo a atingir inúmeros pacientes (Nunes e Rego, 2002), que ficam sujeitos a uma lista de espera para se submeterem a uma intervenção cirúrgica. De facto, e não podendo, devido aos custos políticos desse tipo de decisões, limitar à partida quais e em que quantidade as prestações de cuidados de saúde que cada um ou a sociedade como um todo poderão ter acesso, situação da qual resultaria a tendência para o infinito da despesa em saúde, os sistemas de saúde controlam os gastos pela via da lista de espera (Valente e Testi, 2009). Não podendo os sistemas de saúde baseados num SNS financiado via impostos impor qualquer limite aos gastos a efectuar, controlam o seu nível simplesmente limitando a sua capacidade de resposta (ou seja, impondo limites à capacidade produtiva instalada), criando uma lista de espera para certos cuidados de saúde.

Com um impacto negativo junto dos pacientes, as listas e os tempos de espera podem desafiar o princípio da equidade e poderão também influenciar a saúde dos pacientes.

2.2 – O Estudo das listas de Espera nos Serviços de Saúde a Nível Internacional

As listas de espera são um fenómeno comum nos diferentes sistemas de saúde europeus, pelo que procuramos efectuar uma abordagem desta questão a nível internacional.

A este nível foi realizada uma experiência por Hurst e Siciliani (2004), onde é feita uma comparação dos tempos de espera para cirurgia programada nos países da OCDE. Em cerca de metade dos países analisados existiam listas de espera, sendo que estas eram mais elevadas sobretudo em países que combinam seguro de saúde público e remunerações fixas para os profissionais de saúde, isto é, sem ligação directa com a produtividade. A explicação para o sucedido pode residir no facto do custo no momento do consumo ser baixo ou nulo, o que potencia o crescimento da procura. Uma vez que a capacidade é limitada pretende-se evitar que a procura iguale a oferta, sendo que o tempo óptimo de espera não será zero. “Pode ser eficiente em termos de custos ter pequenas filas para casos de cirurgia programada, porque as consequências adversas para a saúde de ligeiros atrasos são pequenas e porque existem poupanças na capacidade do hospital resultantes da formação de filas” (Barros, 2008).

As comparações internacionais de indicadores referentes a listas de espera são extremamente difíceis de realizar. Essas dificuldades decorrem de dois aspectos primordiais: parca informação disponível, em geral, e falta de homogeneidade nos conceitos usados. Existem falhas importantes na qualidade de informação, nomeadamente ao nível da incapacidade para a explicação dos motivos que levam um doente a sair da lista de espera. De facto, para avaliar até que ponto é eficaz uma qualquer iniciativa sobre um determinado problema de dimensão elevada de lista de espera em relação a um cuidado de saúde, teremos que ser capazes de discernir quais os motivos que levaram os membros da lista a sair dela, e como tal não será indiferente a saída do doente com o seu “problema” resolvido via uma melhor organização e capacidade de resposta do sistema, da sua saída através de um tal agravamento do seu estado que implique uma intervenção em contexto de urgência ou a morte. Por outro lado, a opção de tratamento fora do SNS também não deve ser considerada como resultado dos efeitos da iniciativa que se pretende avaliar.

A presença de listas de espera, e a inerente preocupação em termos de política com as mesmas, ocorre principalmente em países caracterizados pela existência de serviços

nacionais de saúde. Por este motivo, elegeram-se como países relevantes para a elaboração de comparações internacionais a Espanha e a Inglaterra (Barros, 2008).

A comparação internacional realizada mostra que, embora Portugal não seja muito distinto da Inglaterra em termos da taxa por mil habitantes em lista de espera, tem um valor francamente superior ao de Espanha (Comunidade de Madrid). Também em Espanha existe o problema de longas listas de espera. Na tentativa de solucionar este problema, os gestores do SNS espanhol utilizaram três medidas básicas para encurtar as listas de espera: subcontratação, programas especiais e actualização das listas de espera (Barros, 2008). A outra grande diferença está no tempo médio de espera até intervenção, substancialmente mais elevado no caso nacional. Comparativamente com o caso inglês, a diferença substancial encontra-se na proporção de pessoas que têm um tempo de espera superior a 6 meses, que é muito mais elevada em Portugal. A principal conclusão a retirar é que há um tempo de espera para intervenção cirúrgica bastante mais elevado em Portugal (Barros, 2008).

É de salientar que neste tipo de análises não podemos esquecer o contexto político-social que determina uma maior ou menor pressão da opinião pública relativamente à resolução deste tipo de problema, bem como o quadro legal em que este se desenvolve. Por exemplo, no Canadá verifica-se que, apesar da crescente preocupação com a dimensão das listas de espera cirúrgica, não existe uma definição precisa do conceito de “tempo de espera aceitável”, nem existem tempos máximos de espera que possam ser usados como metas ou limites na avaliação da acessibilidade (Barros, 2008).

Da experiência internacional resultam como factores relevantes relativamente ao combate às listas de espera a existência de um adequado processo de planeamento e previsão da capacidade, alicerçado num sistema de informação e sua correcta interpretação, e a procura constante de eficiência e persistência na actuação, envolvendo a classe médica no objectivo de redução de tempos de espera.

Segundo Antunes (2000) em "A Doença da Saúde", as listas de espera para o atendimento nas instituições do SNS, e em especial para cirurgia, são a face mais visível da insuficiência do serviço. O problema é de dimensão suficiente para causar preocupação em todos os agentes envolvidos: doentes, profissionais e autoridades.

Desta forma, as listas de espera representam um claro desajustamento temporal entre a procura de cuidados de saúde e a capacidade de oferta desses mesmos cuidados. A

alteração da capacidade de oferta poderá ser uma condição necessária para a diminuição das listas de espera. Contudo, isso poderá não ser suficiente se uma gestão eficiente das listas não ocorrer. Segundo Alves *et al.* (1996), como causas destas listas os serviços hospitalares apontavam em primeiro lugar a falta de tempo operatório (56%), seguida de falta de camas (15,4%), falta de médicos (15%), falta de anestesistas (3,7%) e outras com menor peso.

Temos então que as listas de espera têm também a sua raiz na forma como são financiados os cuidados de saúde: sempre que a procura excede a oferta e o preço não é relevante para equilibrar o mercado, têm que ser encontrados mecanismos de equilíbrio. O tempo de espera é dos mecanismos de racionamento da procura aquele mais facilmente usado pelos governos (Barros, 2001).

Seríamos tentados a pensar, por outro lado, que a exiguidade de recursos (financeiros e infra-estruturais) de uma sociedade como um todo seria um factor que, condicionando a capacidade de oferta, contribuísse para o aumento da dimensão das listas de espera (factor esse que seria ainda mais relevante numa altura de grave crise económica e de dificuldades orçamentais como a vivida actualmente). No entanto, diversos estudos efectuados, nos quais foi analisada a relação entre o nível dos mais variados recursos (mais uma vez, financeiros e não só) disponíveis para cirurgia e o correspondente tempo de espera, concluíram não existir uma relação directa entre as duas variáveis (Buttery e Snaith, 1979; Sanderson, 1982; Frankel, 1989). Também Yates (1987), não encontrou uma relação directa entre o número limitado de camas e um tempo de espera longo. Estes resultados e outros semelhantes têm vindo a ser interpretados como uma evidência de que os aumentos de recursos têm pouco impacto nos tempos de espera e que o aumento de recursos simplesmente encoraja mais procura (Roland e Morries, 1988; Pope, 1992). Isto resulta do facto de que perante uma maior celeridade no acesso às intervenções cirúrgicas, sejam encaminhadas para esta opção de tratamento pacientes que perante uma lista de espera mais longa seriam destinados a outros tratamentos alternativos. Para muitos estudiosos do problema a dimensão da lista de espera tem como variável explicativa a própria taxa de atendimento da fila de espera. Estamos portanto a dizer que a subida da taxa de atendimento dos membros da fila influi positivamente a taxa de entrada de elementos no sistema. Este é um facto que não só torna mais difícil a resolução do problema das listas de espera de cuidados de saúde,

bem como torna mais complexa a aplicação dos instrumentos de análise da referida lista de espera.

Na análise desta problemática convém referir que a dimensão (em termos de número de pessoas) da LEC não é o aspecto fundamental nem o mais relevante em termos de perda de qualidade de vida para os indivíduos nela incluídos. Segundo Yates (1987) e Nogueira (1998), verdadeiramente relevante será quanto cada pessoa espera em média e não o número de pessoas em lista de espera. De facto, uma lista de espera relativamente grande mas com um período de resolução curto não vai acarretar perdas relevantes em termos de estado de saúde. Devemos portanto ter cuidado na nossa análise: ainda que a dimensão da lista seja relevante, verdadeiramente fundamental será o tempo de permanência na fila de espera, bem como a consequência desse tempo sobre o nível de saúde dos indivíduos.

2.3 – Medidas de Combate às Listas de Espera

As medidas de combate às listas de espera são múltiplas. Algumas procuram actuar ao nível da procura: introdução do co-pagamento dos cuidados de saúde, maior aposta nos cuidados de saúde primários bem como uma maior coordenação entre estes e os cuidados especializados (Justo, 2003). Este tipo de iniciativas ainda que fundamentais, não serão capazes de resolver o problema no curto prazo. Mais do que medidas directamente práticas, estas incidem ao nível da educação e formação da sociedade como um todo. É uma mudança ao nível das consciências que pretende provocar, nomeadamente na noção que a saúde é uma riqueza ou stock que cabe a cada uma acumular e cuidar, bem como que o consumo de cuidados dever ser feito com a noção de que os recursos são escassos e devem ser partilhados por todos. Desta forma só no longo prazo é que iremos observar eventuais resultados deste tipo de iniciativas.

No entanto, a maior parte das iniciativas procurou actuar ao nível da capacidade da oferta, bem como da capacidade logística de gestão da própria lista de espera. O recurso ao sector privado, a atribuição de fundos extraordinários ao combate às listas de espera e a atribuição de incentivos à produção de actividade extra têm sido as soluções mais

utilizadas. No caso português é de salientar que, ao longo do tempo, a componente de gestão e logística da própria lista de espera foi ganhando considerável importância, evidenciado pelas auditorias e análises aos diversos programas de combate às listas de espera, considerando-o um dos aspectos em que seria mais importante melhorar.

A introdução de incentivos à actividade extra deve ser bastante ponderada de forma a que não ocorram distorções ao nível da produção (no que diz respeito a cirurgias em período “normal”), nem ocorram constrangimentos sobre as demais actividades de prestação de cuidados de saúde. Estes incentivos só serão economicamente rentáveis se forem acompanhados por uma efectiva melhoria ao nível da produtividade; caso contrário, apenas representarão um desvio de fundos da actividade normal para a actividade extra, sem qualquer correspondência ao nível da resolução das listas de espera.

Estas medidas apresentam diversos problemas, muitos deles relacionados com as diferenças ao nível de meios entre os prestadores privados e públicos de cuidados de saúde, quer estas diferenças sejam efectivamente reais, quer estejam apenas na imagem que os utentes têm dos diferentes prestadores (Cabral *et al*, 2009). De facto, e apesar das diversas queixas que a generalidade da população tem sobre a prestação pública dos cuidados de saúde, a maioria dos utentes considera que, ao nível de valências técnicas, experiência e saber dos profissionais, as instituições públicas de cuidados de saúde estarão melhor apetrechadas que os privados, principalmente nas especialidades cirúrgicas. Em resultado desta noção (que não importa neste momento saber se é real ou não, é suficiente para já as consequências dessa noção) muitos doentes recusam o seu encaminhamento para instituições privadas, saindo portanto da instituição em que decorreu a consulta de especialidade (este é um temor que empiricamente, e no decurso da minha actividade profissional, observei na generalidade dos utentes). Este é mais um factor que introduz distorções e dificuldades na análise do fenómeno das listas de espera.

2.4 – As Principais Medidas de Combate às LEC do SNS Português

2.4.1 – O Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE)

Criado em 1994 por Despacho do Ministro da Saúde (Paulo Mendo) de 1 de Março, o Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE) foi o primeiro instrumento específico de combate às LEC cujo objectivo é garantir o tratamento cirúrgico de doentes no sector privado "sob a responsabilidade financeira do hospital [do Estado] em que estão inscritos", não podendo as unidades de saúde cobrar qualquer importância pelo serviço prestado. O despacho, a publicar em Diário da República, previa para esse ano uma dotação orçamental para o PERLE de 2,5 milhões de contos a repartir pelas diferentes regiões de saúde. A decisão governamental tinha por finalidade "reduzir ou eliminar de forma coordenada, a nível regional" as listas de espera para as intervenções cirúrgicas geralmente consideradas menos urgentes. Encontravam-se neste grupo as designadas patologias de massa, as cataratas, próstatas, varizes, artoplastias da anca.

Por motivos de debilidade financeira este programa teve uma escassa adesão por parte dos agentes privados, com um baixo índice de execução na fase de implementação, que culminou no insucesso aquando da transição de governo.

2.4.2 – O Programa de Promoção de Acesso (PPA)

Sucedeu ao Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE), tendo sido aprovado em 1998, e começado e sua execução em 1999. Tinha três objectivos essenciais:

- clarificar a natureza e dimensão das diversas listas de espera;
- tornar mais transparentes as causas dessas listas de espera (défice de resposta por insuficiente capacidade instalada, desorganização dos serviços, ineficiências técnicas diversas);

-reduzir e eliminar progressivamente e de forma priorizada até níveis clinicamente aceitáveis a dimensão das listas de espera, através de intervenções de organização e gestão, e da contratualização de produção adicional.

O avolumar das listas de espera trouxe o assunto para o debate político. As iniciativas do executivo governamental em 1997/98 começaram pela atribuição de financiamento a projectos específicos de recuperação das listas de espera (1997) e que acabaram por dar origem ao PPA em 1999, que pretendia gastar aproximadamente 1% do financiamento total dos hospitais públicos no serviço aos utentes em espera de consultas, intervenções cirúrgicas, entre outros.

Para atingir o objectivo de recuperação das listas de espera solicitaram-se as candidaturas de serviços de cirurgia dos hospitais públicos que se sentissem com capacidade de proceder a mais intervenções utilizando para tal horas extraordinárias. Os elementos da equipa cirúrgica eram remunerados pela produção, ou seja, de acordo com o valor previamente estipulado na tabela e por cada doente operado. Tentou-se numa primeira fase estender estas iniciativas à actividade privada, procurando que também o sector social (misericórdias) se dedicasse ao combate das LEC.

Podemos elencar as razões do insucesso desta medida governamental: falta de recursos, em especial instalações, salas de operações adequadas; o carácter perverso das retribuições obtidas pelas horas extraordinárias com prejuízo para a prestação em horário normal; o regime de incentivos deixa de fora outras especialidades para além da cirurgia.

2.4.3 – O Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)

Segundo dados do Ministério da Saúde, existiriam, em 30 de Junho de 2002, 123.166 doentes em lista de espera para uma cirurgia, dos quais 86 mil em espera clinicamente inaceitável. O Ministério da Saúde estabeleceu 2 anos como tempo necessário para que a totalidade dos casos sejam resolvidos, tendo atribuído, para o efeito, um financiamento de 187 milhões de euros para o programa. Ainda de acordo com o propósito do Ministério da Saúde, cerca de 20% dos doentes em espera serão atendidos

pelo sector privado, social e lucrativo. Criado em 2002 de forma a corrigir os programas anteriores, o PECLEC tinha como principais objectivos:

- estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondência inversa aos tempos de espera (os doentes há mais tempo em espera serão os primeiros a ser atendidos), sem prejuízo da prioridade concedida a quadros clínicos considerados urgentes;

- introduzir uma instância eficaz para a qual o cidadão possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito aos cuidados de saúde do SNS;

- desenvolver uma leal concorrência entre os sectores público, social e privado de prestadores de cuidados de saúde e um aperfeiçoamento da sua cooperação em rede;

- motivar, numa perspectiva ética e deontológica, as equipas de médicos e de profissionais de saúde, mediante a racionalização e melhor utilização dos meios e do quadro envolvente que o SNS proporciona ao exercício da sua actividade;

- aumentar a eficiência, reduzindo o custo médio de financiamento dos actos cirúrgicos para padrões médios europeus;

Facilmente se depreende que para além de criar um padrão de tempos de espera aceitáveis para uma série de actos cirúrgicos, pretendia como regular o funcionamento da lista de espera cirúrgica, numa perspectiva de obtenção de ganhos de saúde, respeitando os valores da equidade e transparência. Como principal óbice, apresentava o facto de ser um programa temporário, que visava a resolução de um problema situado no tempo e não a criação de um sistema de gestão a longo prazo das necessidades em termos de intervenção cirúrgica, o que acabou por dar origem ao surgimento do SIGIC.

2.4.4 – O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

O SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias) foi lançado em 27 de Abril de 2004, procurando dar ao doente a possibilidade de escolher o hospital onde quer ser operado. Este novo modelo pressupõe uma definição do tempo clinicamente aceitável (deverá ser definido pela comissão de acompanhamento das listas de espera que integra a ordem dos médicos) para cada patologia. Se este período for ultrapassado e a unidade de saúde da área não der resposta, o utente receberá um vale-cirurgia

(voucher) que lhe permitirá escolher outro hospital público, privado ou social para realizar a cirurgia. O SIGIC foi implementado no Algarve e Alentejo a título experimental a partir de 1 de Maio de 2004, alargando-se progressivamente ao resto do país.

3 – Caracterização do Programa SIGIC

3.1 – O SIGIC

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) tem promovido sistemas (legislação, recursos, entre outros) de combate às lacunas existentes no SNS em termos de prestação de serviços em tempo aceitável, tendo em vista melhorar os benefícios do utente. Dos diversos constrangimentos na prestação de cuidados de saúde, era naturalmente apresentado como maior causador de descontentamento as listas de espera de tempo indeterminado para realização de cirurgias. Foram levados a cabo uma série de esforços, e criadas iniciativas governamentais, com o intuito de encontrar uma solução para diminuir as listas de utentes que se encontravam em espera para cirurgia há mais de 1 ano (ou outro valor clinicamente não aceitável, isto é, com consequência gravosas para o estado de saúde ou recuperação de estado de saúde do indivíduo). A existência de um número bastante representativo de utentes à espera de intervenção cirúrgica, cujo tempo de espera excedia o clinicamente aceitável, provoca a nível individual um aumento do sofrimento e da incapacidade, originando a necessidade de medidas terapêuticas mais agressivas, complexas e, porventura, com superior dispêndio de recursos, bem como diminuindo o previsível sucesso do tratamento, e a nível da sociedade resulta num uso excessivo de recursos, entre outros.

Tal como já foi referido, os diversos programas tiveram um impacto significativo contudo, devido ao seu carácter temporário surgiu a necessidade de criar o Sistema Integrado de Gestão dos Inscritos para Cirurgia (SIGIC), um sistema que pretendia apresentar um carácter universal, abrangente da maior parte da actividade cirúrgica desenvolvida nos hospitais do SNS, e de uma forma progressiva eliminar os problemas da actividade cirúrgica que impediam a obtenção de níveis superiores de bem estar em termos de saúde da população portuguesa.

Para criar o SIGIC foram analisadas as experiências internacionais na resolução da lista de países como a Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Nova Zelândia, Austrália e Canadá. Observou-se que 50% dos países da OCDE incidiam a sua actuação sobre o tempo de espera para a cirurgia programada. Actuando sobre a Oferta, aumentando os

recursos disponíveis (especialistas, camas, salas de bloco), primordialmente a nível do sector público, mas recorrendo também ao sector privado, fomentando a produtividade dos recursos instalados, mas também reforçando a capacidade produtiva em termos de escala. Mas a intervenção estende-se também ao lado da Procura, ordenando a fila de espera, criando prioridades de acordo com a patologia, gerindo a lista de inscritos para cirurgia e, também, actuando ao nível da informação pública, incentivando o recurso a seguros privados, como que fazendo sair utentes da fila de espera.

Neste contexto foram definidos alguns grupos de soluções, entre os quais:

- Centralização de Gestão da LEC – otimizar os recursos disponíveis;
- Uniformizar o processo de gestão da LEC – garante transparência e equidade;
- Divulgar informação sobre a LEC – para os utentes, hospitais e sociedade, base na verdade e transparência;
- Definir objectivos institucionais – tempo máximo de espera global ou por patologia;
- Fomentar métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas de ambulatório;
- Criar incentivos ou pagamentos para os profissionais indexados à produção;
- Oferta de alternativas de tratamento ao utente – iniciativa privada e social, com vista a garantir os objectivos estabelecidos.

3.2 – Legislação

De forma a ser possível enquadrar o funcionamento do SIGIC será apresentado de seguida um resumo da legislação que lhe serviu de suporte: a resolução do conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho, que aprovou a criação do SIGIC, os Despachos n.º 24 036/2004 (2ª série) que se referem ao financiamento da produção adicional do SIGIC, e o despacho n.º 24 110/2004 (2ª série) onde se encontra clausulado o tipo de convenção entre as ARS e entidades sociais privadas. Foi emitido no Diário da República, pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, o Regulamento do SIGIC, e aprovado pela Portaria n.º 426/2005, de 15 de Abril, a Regulamentação dos encargos com a transferência e respectiva devolução do utente e processo clínico. A 11 de Novembro, foi publicado pela Portaria n.º 1306/2008 a introdução de Adaptações no Regulamento do SIGIC, de modo a desenvolver o programa de intervenção em

oftalmologia no âmbito da actividade das cataratas e da primeira consulta de oftalmologia. Na Portaria n.º 852/2009, de 7 de Agosto, foi publicada a Aprovação do Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas.

A 6 de Outubro de 2009 foi emitida a Declaração de Rectificação n.º 72/2009, com a Rectificação da Portaria n.º 852/2009, de 7 de Agosto, do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 152, de 7 de Agosto de 2009.

3.3 - Funcionamento e organização do SIGIC

Como princípios do funcionamento do SIGIC devemos salientar que este respeita e obedece aos princípios gerais que constam da base I da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, na redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro:

- a protecção da saúde como um direito dos indivíduos e da comunidade, mas também como uma responsabilidade da sociedade e do estado, para além da do cidadão individual, num espírito de liberdade de procura e de prestação dos cuidados;
- a garantia do acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos por parte do estado, tendo como limiar os recursos de diversa ordem disponíveis;
- a promoção e a defesa da saúde pública através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade;
- a prestação dos cuidados de saúde por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Em termos de Orgânica de funcionamento e execução, o SIGIC apoia-se numa estrutura a nível central e regional, constituída por uma unidade central e por unidades regionais a funcionar junto das administrações regionais de saúde e unidades responsáveis pela gestão da lista de inscritos, junto de cada hospital. A composição e definição das responsabilidades de cada uma das unidades referidas, bem como os critérios para a inscrição em lista, procedimentos a cumprir ao longo do processo e circuitos de comunicação entre os diversos intervenientes, estão fixadas no regulamento.

As cirurgias dos doentes inscritos em lista são prioritariamente resolvidas em unidades de saúde públicas, bem como em unidades de saúde privadas ou do sector social, designadamente misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social e entidades de natureza mutualista, mediante, respectivamente, contratos, programas, convenções, contratos e protocolos a celebrar na área de cada administração regional de saúde, nos termos da lei. Decorrido 75% do tempo de espera admissível predefinido sem que tenha sido marcada a cirurgia pelo hospital onde o processo do utente se encontrar activo, a unidade central emite um vale-cirurgia a favor do utente, que o habilita a marcar a cirurgia directamente numa das entidades sociais e privadas prestadoras de cuidados de saúde, convencionadas para o efeito.

No que se refere às obrigações das entidades convencionadas, estas devem:

- cumprir o Regulamento do SIGIC e o Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, assumindo, com as necessárias adaptações, todas as actividades previstas para os hospitais de destino;
- prestar à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC) e à Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC), em tempo oportuno, as informações que forem solicitadas sobre o estado de cada utente no âmbito do SIGIC;
- facultar informações médicas, designadamente através de entrevistas, para efeitos de esclarecimento de dúvidas, auditoria, fiscalização e controlo de qualidade no respeito pelas regras deontológicas e o segredo profissional a que estão obrigadas;
- prestar aos utentes as melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação;
- cumprir os processos de garantia de qualidade definidos pelas entidades competentes do Ministério da Saúde;

-apresentar o relatório, processado informaticamente, descritivo da situação do doente à data da alta hospitalar com vista a ser presente ao médico assistente, incluindo informação sobre cada um dos seguintes tópicos: protocolo operatório, lista de sequelas e complicações, medicação e outros tratamentos administrados durante o internamento, achados clínicos decorrentes dos exames, das observações e da cirurgia, prescrição para ambulatório e outras recomendações;

-guardar em arquivo os dados referentes ao processo clínico de cada doente, bem como de todos os elementos que possam servir de base de apreciação em eventuais inspecções ou vistorias, com vista à fiscalização do cumprimento contratual, durante um período não inferior a 20 anos;

-informar a ARS e a UCGIC da ocorrência de factos que alterem as declarações anexas ao requerimento de adesão, designadamente no que se refere à identificação dos colaboradores médicos e respectivas áreas de intervenção.

No âmbito de aplicação, o SIGIC é descrito como um sistema de regulação da actividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários. São elegíveis, para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LEC), todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados.

A informação relativa à actividade cirúrgica programada e à realizada pelos serviços de urgência é obrigatoriamente registada e transferida para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), centralizado na Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS). A informação necessária à regulação da LEC, à avaliação da actividade dos serviços cirúrgicos e blocos operatórios, à transferência dos utentes entre hospitais e à sua abordagem nos hospitais de destino, é transferida diariamente dos hospitais para o SIGLIC.

Os estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com o SNS a prestação de cuidados, ficam igualmente obrigados ao registo e à transferência diária para o SIGLIC

dos dados relativos aos beneficiários daquele Serviço, bem como ao cumprimento das regras constantes do presente Regulamento, susceptíveis de lhes serem aplicadas.

4 – Análise da Eficiência do SIGIC: Considerações Metodológicas

A metodologia pretende determinar e estabelecer, tendo em conta o tipo de estudo a realizar, qual a abordagem indicada para a resolução de um problema ou para a obtenção de informação que conduza à sua resolução ou à obtenção das respostas suscitadas pela questão de investigação, assim como da população alvo e respectiva amostra. É descrito também o tipo de amostragem a ser realizado e quais os instrumentos de colheita de dados a serem aplicados.

4.1 - Tipo de Estudo

O presente trabalho pretende avaliar o impacto do SIGIC como instrumento de recuperação das LEC, analisando o efeito sobre estas listas da aplicação desta medida. Segundo Freixo (2009), dado que se procurará determinar a existência ou não de uma relação entre a introdução do programa SIGIC e a diminuição das LEC estaremos perante um estudo descritivo-correlacional, o que permitirá medir e avaliar a influência da introdução do programa sobre a dimensão da lista e os tempos médios de espera para cirurgia.

Este trabalho assenta numa abordagem mista, qualitativa e quantitativa e num tipo de investigação avaliativo e decisório, com o objectivo específico de avaliar o impacto de uma medida política específica no combate a um determinado problema, isto é, a introdução do SIGIC como instrumento de resolução das LEC.

De acordo com Duffy (1987), os benefícios do emprego dos métodos qualitativo e quantitativo são os seguintes:

- possibilidade de avaliar eventuais desvios (pelo método quantitativo) em relação aos objectivos da medida política introduzida com a compreensão da perspectiva dos agentes envolvidos no fenómeno das listas de espera cirúrgicas (pelo método qualitativo), congregando estas duas dimensões do fenómeno em estudo;
- possibilidade de identificar variáveis específicas (pelo método quantitativo) com uma visão global do fenómeno das listas de espera cirúrgicas (pelo método qualitativo); desta forma, os dados recolhidos serão “balizados” pelos condicionalismos do sistema de saúde e suas limitações;

- possibilidade de complementar um conjunto de factos e causas associados ao emprego da metodologia quantitativa com uma visão da natureza dinâmica da evolução da realidade em análise;

Será feita a recolha de dados estatísticos relativamente ao número de cirurgias efectuadas no âmbito do programa SIGIC, e a sua comparação com a produção dita “normal” efectuada no mesmo período. Serão também analisados elementos relativos à efectivação de primeiras consultas, dada não só a sua importância no que concerne ao controlo do número de entradas no sistema de filas de espera em que se constitui a LEC, bem como a existência de cláusulas e indicadores que apenas permitem a produção no âmbito do SIGIC se forem assegurados determinados rácios de primeiras consultas.

Na análise do funcionamento do programa SIGIC em termos globais, os dados estatísticos a ser recolhidos e analisados terão como base os relatórios de avaliação entretanto produzidos, nomeadamente pelo Tribunal de Contas, bem como os dados emanados pelas diferentes autoridades de saúde. No que concerne à avaliação a produzir sobre um tipo específico de cirurgia, será necessária a recolha de dados na instituição hospitalar escolhida, quer ao nível do número de cirurgias efectuadas e consultas efectivadas, bem como dados relativos à referenciação dos indivíduos para cirurgia, de forma a ser possível avaliar os tempos de espera no sistema.

Após a recolha e análise dos dados estatísticos produzidos, iremos usar um método que utilizará conceitos de investigação operacional, nomeadamente o conceito de filas de espera e os seus instrumentos de análise.

As filas de espera, ou transpondo para o terreno do problema em análise “as listas de espera”, são um fenómeno sobre o qual, ao longo do século XX, se desenvolveram ferramentas de modelação e análise que permitem, hodiernamente, uma intervenção científica, quer ao nível do dimensionamento, quer ao nível da concepção tecnológica e do funcionamento corrente das organizações que levam ao surgimento de filas de espera.

Importará complementar estas informações de natureza mais quantitativa, com observações de natureza qualitativa, nomeadamente as relacionadas com a ocorrência de eventos adversos no decorrer da implementação do programa, não só ao nível de danos directos ou potenciais sobre o utente, bem como ao nível de constrangimentos e dificuldades provocadas pela implementação do SIGIC sobre as demais actividades

relacionadas com a prestação de cuidados de saúde: urgência, ambulatório, actividade “normal” de bloco, formação dos profissionais, entre outros.

4.2 - População Alvo

Em potência esta será constituída por todos os sujeitos elegíveis para tratamento no âmbito do SNS, pois todos eles poderão em algum momento entrar no sistema de filas de espera que constitui a LEC.

4.3 - Amostra

Na abordagem a realizar sobre um tipo específico de cirurgia, esta será constituída por todos os indivíduos que durante o período em análise se encontrem inscritos no âmbito do SIGIC para essa cirurgia específica. Este conjunto específico servirá como amostra da forma como o SIGIC terá sido ou não capaz de influenciar a LEC de um tipo específico de cirurgia. Com base nos resultados obtidos para esta cirurgia poderemos extrapolar a capacidade global do SIGIC como instrumento de resolução do problema das LEC.

5 – Caso de Estudo

5.1 – Breve Análise das Consequências a Nível Nacional da Implementação do SIGIC

O SIGIC entrou em funcionamento em 2004, mais concretamente a 1 de junho de 2004, na região do Alentejo e Algarve, ainda que a título experimental. Exactamente um ano depois foi estendido às regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo. Dado que surgiram bastantes dificuldades na integração e adaptação dos sistemas informáticos de alguns hospitais da região Centro com este novo sistema de gestão de listas de espera (Vaz, 2008).

Com base no relatório do Tribunal de Contas, publicado em 2009, no âmbito de uma auditoria ao acesso aos cuidados de saúde no SNS como resultado da implementação do SIGIC, foi determinado que o número de utentes que aguardavam em 2007 por cirurgia era de 234.463, tendo-se verificado uma descida dos doentes ao longo do tempo: 175.761 em Dezembro de 2008, 169.461 em Julho de 2009. Também a mediana do tempo de espera na LEC foi decrescendo ao longo da implementação do SIGIC: dos 3,7 meses de espera em 2007 para 3, em Dezembro de 2008.

Em termos de críticas, o relatório do Tribunal de Contas faz especial referência ao facto do SIGIC não tornar disponível indicadores relativamente à rentabilidade e capacidade das diversas unidades hospitalares na gestão da “produção cirúrgica” que realiza, não sendo possível avaliar de forma correcta as diferenças em relação às diversas especialidades cirúrgicas, tanto a nível regional como nacional.

Em Dezembro de 2009, e numa tentativa de melhorar a acessibilidade por parte dos utentes à sua posição na LEC, foi criado o programa “e.SIGIC” que permite a consulta da referida posição via internet.

Como medida complementar ao SIGIC, e seguindo a par deste ao nível de organização, estrutura e funcionamento, foi criado o Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO), que decorreu entre Julho de 2008 e Junho de 2009, e que procurou resolver, de forma eficiente, eficaz e numa perspectiva de normalização a curto prazo, a dificuldade de acesso dos utentes do SNS aos cuidados de oftalmologia, nomeadamente à cirurgia para tratamento das cataratas. No decurso do programa foram realizadas, acima da

produção habitual, 36.446 cirurgias (a meta era 30 mil) e 80.940 consultas (a meta era 75 mil). A média de tempo de espera para a primeira consulta hospitalar reduziu-se de 11 meses, no final de 2007, para 6 meses em Junho de 2009, data do termo do Programa. No mesmo período, a mediana do tempo de espera para cirurgia de cataratas diminuiu de 3,7 para 2 meses. Foram resolvidas situações de especial atraso que se verificavam em algumas regiões do país, designadamente no Algarve e no Alentejo (Portal da Saúde, 2011).

Os tempos de espera têm continuado a melhorar (no caso da primeira consulta) e mantêm-se estáveis, no caso da cirurgia de catarata, em que o tempo atingido (2 meses) é já adequado. Estes resultados e, sobretudo, a sua manutenção para além do fim do Programa vieram de certa forma corroborar esta estratégia como a mais correcta para a resolução do problema da LEC da cirurgia às cataratas.

Naqueles que fora os dados mais recentes a que foi possível aceder, verifica-se que, no final de 2010, a mediana do tempo de espera para cirurgia da catarata é de 53 dias, mantendo-se a média do tempo de espera para consulta em 6 meses.

Mas também em relação a este programa o tribunal de contas apresentou críticas: o facto de os hospitais terem contabilizado parte da produção no âmbito do PIO como actividade de base, desvirtuou a análise do programa em termos de custos, para além de que, permitiu consolidar para o futuro os aumentos de actividade que o PIO induziu. Acresce também que a remuneração dos hospitais, no âmbito da actividade base, teve como contraponto a menor utilização do financiamento disponível para o PIO. De facto, os bons resultados do PIO foram alcançados apesar de só terem sido dispendidos 4 milhões de euros, de um orçamento total de 30 milhões.

5.2 – Análise da LEC no CHP Antes e Após a Implementação do SIGIC

O objectivo fundamental deste trabalho é tentar perceber de que forma a implementação do SIGIC se revelou como um elemento positivo para a dimensão e tempo médio de espera da LEC em geral do CHP, mas principalmente no que concerne à cirurgia às cataratas.

Comecemos por uma perspectiva geral da implementação do SIGIC no CHP. Com base em dados recolhido no programa SONHO, e referentes ao período entre Julho 2005 e Maio de 2011 (a recolha de dados engloba o período desde Julho de 2001, sendo que os anteriores a 2005 permitem a comparação do SIGIC face aos programas que lhe antecederam), verificou-se que nem todas as especialidades cirúrgicas conseguiram diminuir a dimensão da sua LEC (nomeadamente Cirurgia Ambulatório, Cirurgia Geral, Urologia e Estomatologia). Os melhores resultados do CHP ocorreram na área da Oftalmologia (aqui tomada como um todo, isto é, todas as cirurgias realizadas no âmbito desta especialidade e não apenas a cirurgia às cataratas), com uma descida na ordem dos 60%, seguida das especialidades de ORL, Ortopedia e Cirurgia Vasculuar. Em termos médios a LEC do CHP diminui cerca de 26%. Convém referir que na análise do comportamento do CHP deve ser tido em conta as diversas transformações que a instituição sofreu ao longo do período do presente estudo, uma vez que estão em causa não só estatutos jurídicos diferentes, com regras de gestão hospitalar diversas, com graus de autonomia diferentes face aos Contratos-Programa, bem como alterações de dimensão com a integração sucessiva de outras instituições absorvidas pelo Hospital Santo António (dando origem ao CHP) e que, portanto, devem ser tomados em consideração na interpretação dos resultados.

5.3 – Análise da Cirurgia às Cataratas no CHP

Da análise dos dados recolhidos no CHP, através do programa SONHO, foi possível fazer uma análise retrospectiva da “produção” cirúrgica no âmbito da cirurgia às cataratas ao longo da vigência de diversos programas de combate à LEC, um deles lançado especificamente para combater a LEC da cirurgia às cataratas (o PIO).

Olhando para os dados recolhidos verificamos que no que diz respeito à produção cirúrgica normal, isto é, aquela que é efectuada sem estar ao abrigo de qualquer programa de combate à LEC, que esta ainda que sofrendo variações ao longo do tempo, algumas delas com características marcadas de sazonalidade (nomeadamente a natural descida no período de verão, com picos nos períodos imediatamente antes e depois deste, bem como no início do inverno), o seu grau de oscilação ao longo destes quase

dez anos de análise é bastante superior ao que é apresentado pela produção ao abrigo dos diversos programas de incentivo ao combate da LEC. Desta forma a produção mensal em actividade de bloco normal costuma variar num intervalo entre as 100 e as 200 intervenções cirúrgicas às cataratas. Já a produção adicional (ao abrigo de programa de incentivos) é bastante mais “errante” no seu comportamento tal como pode ser analisado no quadro seguinte, bem como no gráfico apresentado no final deste ponto.

Cirurgias às cataratas

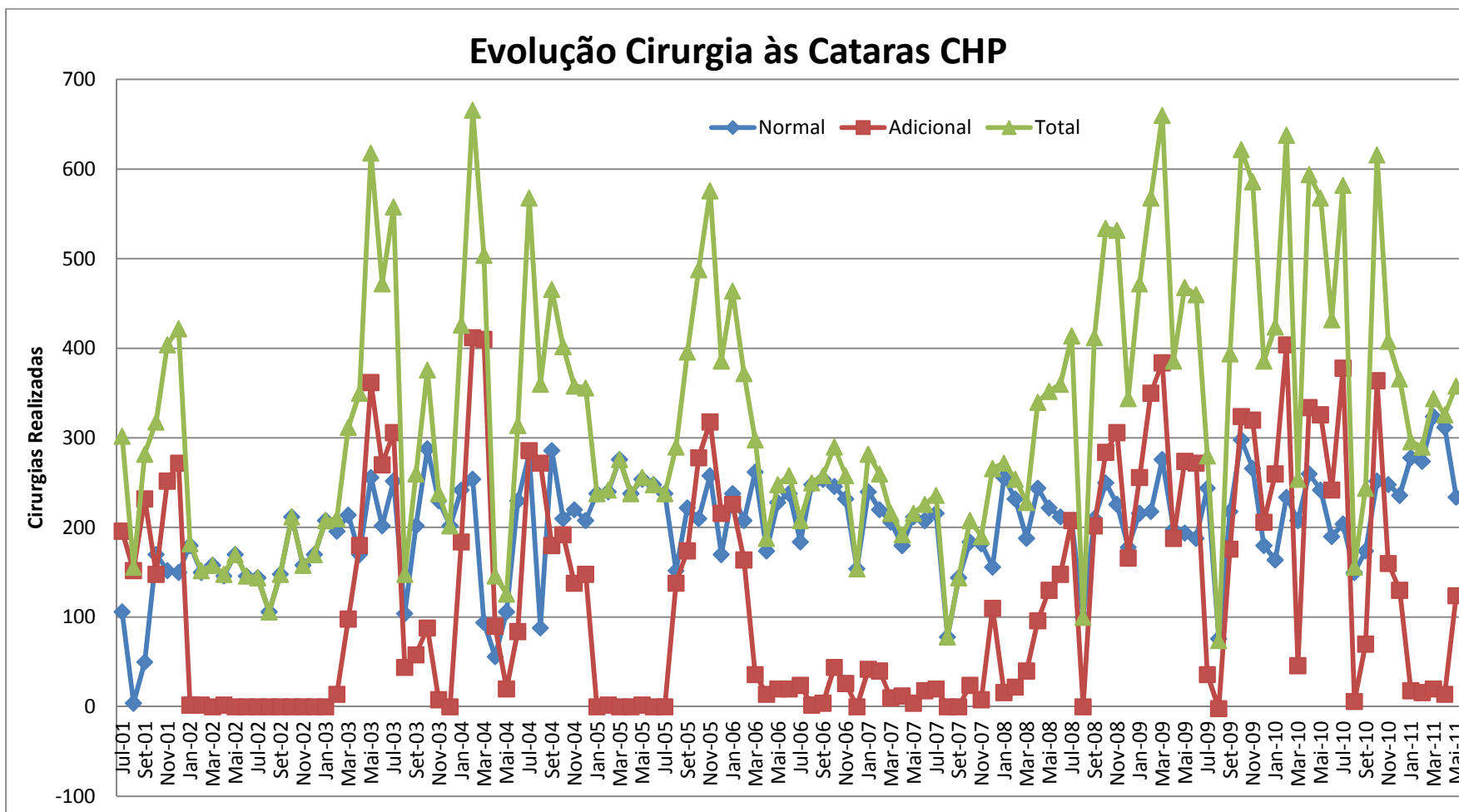
Mês	Normal	Adicional	Total	Mês	Normal	Adicional	Total	Mês	Normal	Adicional	Total
Jul-01	106	196	302	Nov-04	113	37269	37382	Mar-08	217	37779	37996
Ago-01	4	152	156	Dez-04	12	37256	37268	Abr-08	174	37892	38066
Set-01	50	232	282	Jan-05	59	37367	37426	Mai-08	261	38104	38365
Out-01	170	148	318	Fev-05	180	37313	37493	Jun-08	208	38043	38251
Nov-01	152	252	404	Mar-05	163	37448	37611	Jul-08	259	38109	38368
Dez-01	150	272	422	Abr-05	162	37498	37660	Ago-08	112	37878	37990
Jan-02	180	2	182	Mai-05	181	37259	37440	Set-08	211	37923	38134
Fev-02	150	2	152	Jun-05	152	37290	37442	Out-08	298	37983	38281
Mar-02	158	0	158	Jul-05	161	37316	37477	Nov-08	241	37934	38175
Abr-02	146	2	148	Ago-05	150	37349	37499	Dez-08	214	37956	38170
Mai-02	170	0	170	Set-05	175	37377	37552	Jan-09	243	38171	38414
Jun-02	146	0	146	Out-05	152	37408	37560	Fev-09	256	38430	38686
Jul-02	144	0	144	Nov-05	151	37438	37589	Mar-09	97	38457	38554
Ago-02	106	0	106	Dez-05	114	37469	37583	Abr-09	60	38168	38228
Set-02	148	0	148	Jan-06	157	37500	37657	Mai-09	111	38128	38239
Out-02	212	0	212	Fev-06	222	37530	37752	Jun-09	236	38223	38459
Nov-02	158	0	158	Mar-06	169	37561	37730	Jul-09	289	38455	38744
Dez-02	170	0	170	Abr-06	182	37591	37773	Ago-09	96	38472	38568
Jan-03	208	0	208	Mai-06	209	37622	37831	Set-09	295	38411	38706
Fev-03	196	14	210	Jun-06	198	37667	37865	Out-09	220	38453	38673
Mar-03	214	98	312	Jul-06	217	37779	37996	Nov-09	231	38430	38661
Abr-03	170	180	350	Ago-06	174	37892	38066	Dez-09	220	38470	38690
Mai-03	256	362	618	Set-06	261	38104	38365	Jan-10	239	38353	38592
Jun-03	202	270	472	Out-06	208	38043	38251	Fev-10	242	38386	38628
Jul-03	252	306	558	Nov-06	259	38109	38368	Mar-10	279	38412	38691
Ago-03	104	44	148	Dez-06	112	37878	37990	Abr-10	242	38443	38685
Set-03	202	58	260	Jan-07	211	37923	38134	Mai-10	259	38475	38734
Out-03	288	88	376	Fev-07	298	37983	38281	Jun-10	254	38504	38758
Nov-03	230	8	238	Mar-07	241	37934	38175	Jul-10	245	38534	38779
Dez-03	202	0	202	Abr-07	214	37956	38170	Ago-10	160	38703	38863
Jan-04	242	184	426	Mai-07	243	38171	38414	Set-10	231	38770	39001
Fev-04	254	412	666	Jun-07	256	38430	38686	Out-10	220	38904	39124
Mar-04	94	410	504	Jul-07	97	38457	38554	Nov-10	269	38975	39244
Abr-04	56	90	146	Ago-07	60	38168	38228	Dez-10	182	38903	39085
Mai-04	106	20	126	Set-07	111	38128	38239	Jan-11	239	38944	39183
Jun-04	230	84	314	Out-07	236	38223	38459	Fev-11	210	38913	39123
Jul-04	282	286	568	Nov-07	289	38455	38744	Mar-11	265	38813	39078
Ago-04	88	272	360	Dez-07	96	38472	38568	Abr-11	178	38822	39000
Set-04	286	180	466	Jan-08	295	38411	38706	Mai-11	233	38858	39091
Out-04	210	192	402	Fev-08	220	38453	38673	TOTAL	24036	14412	38448

Dados SONHO CHP 2012

Da análise da produção adicional facilmente se percebe que para além de estar sujeita a um comportamento em termos de sazonalidade parecido com o apresentado pela produção normal, estes se manifestam de uma forma mais forte, pelo que o grau de variação apresentado é bastante superior, fazendo a produção adicional variar entre

valores próximos de zero e com picos na ordem das 400 intervenções cirúrgicas mensais.

Verifica-se também que, os períodos de alteração dos programas em implementação, conduz invariavelmente a uma produção adicional quase nula, o que de certa forma traduz a dificuldade de adaptação dos serviços e profissionais às novas realidades trazidas pelos programas, bem como a natural resistência à mudança que esses novos programas sempre acarretam. Pela análise do gráfico, ficam perfeitamente identificados os períodos de passagem do PPA para o PECLEC (a quebra de 2002) e do PECLEC para o SIGIC (a quebra na produção adicional de 2005). Por outro lado, o período referente implementação do programa PIO é facilmente identificável como aquele em que os níveis de produção adicional se mantiveram na maior parte dos meses em valores acima da casa das 200 intervenções cirúrgicas, ultrapassando inclusive, por diversas vezes as 300 intervenções, e ultrapassando mesmo uma vez (Fevereiro 2010) as 400 intervenções às cataratas.



6 – Conclusões

No âmbito de todo o trabalho de recolha de dados foram encontradas dificuldades, algumas ultrapassadas ou contornadas, mas que se revelaram importantes para os resultados obtidos e que de alguma forma podem distorcer os mesmos e as consequentes análises e conclusões.

Em primeiro lugar, e que constitui algo que acredito que, fosse qual fosse a instituição escolhida, me iria deparar, aponto a falta de dados e de informatização no período anterior ao SIGIC, mas principalmente naquele anterior à implementação do SONHO como programa informático de apoio ao registo, contabilização e gestão à actividade desenvolvida nos hospitais. A falta destes registos, a sua descontinuidade ao longo do tempo, bem como a sua falta de fiabilidade fizeram diminuir o horizonte temporal de análise, o qual sendo maior, iria sem dúvida enriquecer a análise da implementação do SIGIC, nomeadamente na possibilidade da comparação desta com todos os programas de combate à LEC que lhe antecederam e mesmo com o período em que não existia qualquer programa de incentivo. No caso específico do CHP, devo salientar como limitações à análise dos dados obtidos a integração das novas unidades no CHP (Maternidade Júlio Dinis e Hospital Maria Pia em Setembro de 2007 e o Hospital Joaquim Urbano em Fevereiro de 2011). Salienta-se também a entrada em funcionamento em Março de 2011 do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, departamento do CHP, cujo grau de autonomia face ao centro hospitalar resultou uma desarticulação face à base de dados do SONHO, não permitindo a incorporação dos dados mais recentes na análise, facto esse que é exponenciado pelo facto da esmagadora maioria das cirurgias às cataratas se realizar neste novo centro. Seria bastante enriquecedor poder também incorporar nesta análise os efeitos de uma medida de alteração infra-estrutural e de organização tão relevante, mas dada a desarticulação de bases de dados tal não é possível.

Analisando numa perspectiva geral, e com base nos dados disponíveis, a especialidade de oftalmologia foi a que apresentou uma redução mais significativa da LEC, facto ao qual aparece, sem dúvida, associado o facto de ter merecido uma atenção especial por parte das autoridades de saúde, tendo sido criado um programa suplementar, o PIO, que incidia não só na vertente cirúrgica, mas era mais completo, recaindo a sua acção

também sobre o acesso à primeira consulta, passo fundamental para garantir o acesso à cirurgia à catarata em tempo adequado.

O SIGIC tem que ser considerado como uma mais-valia na resolução do problema da LEC, dada a verificação de uma diminuição geral das listas de espera para a maioria das especialidades, diminuição essa da qual terá que resultar um natural aumento do benefício por parte do utente, dado que além de garantir uma maior celeridade na resolução da sua condição de saúde e que originou a necessidade de intervenção cirúrgica. Para além disso, e principalmente após a informatização e disponibilização da lista via internet, o sistema em si tornou-se menos susceptível a comportamentos menos claros, para além de permitir informação da posição em tempo útil.

Apesar das referidas limitações em termos de dados, pode inferir-se destes uma evolução positiva da LEC, evolução essa que acredito que podia ser mais positiva se toda a envolvente de políticas e aplicadas à saúde apresentarem uma forte descontinuidade e até inversão de rumo, que acabam por anular ou amortecer os efeitos positivos que o SIGIC e outros programas poderiam ter.

Parece assim que o SIGIC está a funcionar de forma eficiente como instrumento regulador e de combate às LEC no geral, apresentando até resultados mais positivos no âmbito da LEC oftalmológica e no caso específico da cirurgia às cataratas. Para além disso, a forma como o sistema foi desenhado e implementado, permitiu não só a melhoria da eficiência instituição a instituição, mas dada a melhoria na articulação da informação entre as diferentes instituições do SNS, da qual resulta necessariamente uma externalidade positiva e uma diminuição considerável do tempo médio de espera para o utente.

Bibliografia:

- Alves, D., Cardoso, L., e Correia, M. (1996). PERLE – Uma medida para um problema. *Gestão Hospitalar*, Lisboa, Maio; pg. 38-42.
- Antunes, M. (2001). *A Doença da Saúde – Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. Quetzal Editores, Lisboa.
- Barros, P. (2001). *Procura de Cuidados de Saúde. Os efeitos do Estado de Saúde, Co-Pagamento e Rendimento*. Documento de Trabalho 2/2001. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa.
- Barros, P. (2008). *As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal*. Disponível em <http://www.iprisverbis.eu/files/IPRIS_Verbis_042008.pdf> [Consultado em 2009/10/06].
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Livraria Almedina, 2009.
- Buttery, R. e Snaith, A. (1979). *Waiting for surgery*. *British Medical Journal* 12; pg. 403-404.
- Cabral, M.V. e Silva, P.A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Circular Normativa Nº 10 da ACSS – 2008/08/18
- Culyer, A. e Newhouse, J. (2000). *Handbook of Health Economics*, North Holland
- Delgado, M. (2008). *Blogue Saúde SA*. Disponível em <<http://saudesablogspot.com/2007/10/listas-de-espera.html>> [Consultado em 2009/05/21].
- Duffy, M. (1987). *Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative research methods*. *Journal Nursing Scholarship*.
- European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 a 2011.
- Fankel, S. (1989). “The natural history of waiting lists –some wider explanations for an unnecessary problem”. *Health Trends* 21; pg. 56-58.
- Ferreira, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação. Lisboa.

- Folland, S., A. Goodman, A. e Stano, M. (2007) *The Economics of Health and Health Care*. Prentice-Hall.
- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação*. Loures, Lusociência.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Henderson, J. (2008). *Health Economics and Policy*. South Western College.
- Hurst, J., e Siciliani, L. (2004). *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery. Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*. Paris, OCDE.
- Justo, C. (2003). *Acesso aos cuidados de saúde: o caso das listas de espera em cirurgia*. OPSS.
- Lei n.º 41/2007 (Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS);
- Matias, A. (1995). *O Mercado de Cuidados de Saúde*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento Trabalho n.º 5.
- McGuire, A.; J. Henderson; and G. Mooney (1992) - “The Economics of Health: an introductory text”, London, Routledge & Keegan Paul
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n.º 1306/2008 de 11 de Novembro - Diário da República, 1.ª série — N.º 219 — 11 de Novembro de 2008
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro - Diário da República, 1.ª série — N.º 10 — 15 de Janeiro de 2008
- Morris, S., Devlin, N. e Parkin, D.. (2007). *Economic Analysis in Health Care*, John Wiley and Sons.
- Nogueira, M. (1998). *Tempos de espera em cirurgia geral: o impacto do serviço de urgência: estudo comparativo em dois hospitais de Lisboa*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Nunes, R. e Rego, G. (2002) *Prioridades na Saúde*, Porto: McGraw-Hill.
- Nunes, R. 2009. *Regulação da Saúde - 2ª edição*, Vida Económica - Editorial, SA.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.
- OECD Health Data, 2010.

- Pope, C. (1992). Cutting queues or cutting corners: waiting lists and the 1990 NHS reforms. London. British Medical Journal; 305; pg. 577-579.
- Portal da Saúde - Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/lista+de+inscritos+para+cirurgia/grupo+iii.htm>> [Consultado em 2009/05/21].
- Portaria 1529/2008 (estabelece tempos máximos de espera)
- Portaria 615/2008 (consulta a tempo e horas)
- Problema das listas de espera: Oftalmologistas propõem ao Governo consultas com privados para resolver listas de espera. Público 2008/05/08
- Quivy, R., e Campenhoudt, L. (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Gradiva. 1ª Ed. Lisboa.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 - DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-B N.º. 147 - 24 de Junho de 2004
- Roland, M. e Moris, R. (1988). Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? British Medical Journal; 297; pg. 599-600.
- Rosa M.(2002), Sistema de Saúde Português, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- RTP Online - Disponível em <<http://tv1.rtp.pt/noticias/?article=61795&visual=3&layout=10>> [Consultado em 2009/05/21].
- RTP Online - Disponível em <<http://tv1.rtp.pt/noticias/?t=Governo-quer-combater-listas-de-espera-de-oftalmologia.rtp&article=63329&visual=3&layout=10&tm=8>> [Consultado em 2009/05/21].
- Sanderson, H. (1982). What's in a waiting list?. British Medical Journal 285; pg. 1368-1369.
- Shortt, S. e Shaw, R. (2003). Equity in Canadian health care: Does socio-economic status affect waiting times for elective surgery. CMAJ.
- Simões, J. (2009). Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho. Almedina
- Street, A. e Duckett, S. (1996). Are waiting lists inevitable?. Health Policy. Australia

- Tavares, L., Oliveira, R., Themido, I. e Correia, F. (1995). *Investigação Operacional*. McGraw Hill de Portugal.
- Taylor, H. (2000). *Cataract: how much surgery do we have to do?*. *Journal Ophthalmology*. Centre for Eye Research Australia.
- Tribunal de Contas; Relatório de Auditoria nº 25/2007 - 2ª Secção; Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC.
- Valente R., Testi A., —A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time, *BCM Health Serv Res*, 2009;9:1.
- Vaz V., (2008). *A importância do SIGIC*.
- Williams, A. (1978) - “Need - an Economic Exegesis”, in A. J. Culyer and K. Wright (eds), *Economic Aspects of Health Services*, Martin Robertson, London
- Yates, J. (1987). *Why are we waiting? An analysis of hospital waiting lists*. Oxford University Press, New York.