

Seminário Internacional sobre Gestão de Hospitais de Ensino A experiência de Portugal

José Miguel Caldas de Almeida
Brasília, 17 de Março 2010

Serviço nacional de saúde em Portugal

- Cobertura universal
- Tendencialmente gratuito
- Assistência estruturada em:
 - Cuidados de saúde primários (Centros de saúde e USF)
 - Cuidados hospitalares
 - Cuidados continuados integrados
- Cuidados prestados por serviços públicos e serviços convencionados (privados e sector social)
- Sistemas específicos para funcionários públicos, Forças Armadas.

Profissionais de saúde em 2007

- 23.265 médicos
- Grupo muito envelhecido (44% com mais de 50 anos)
- 68.5% trabalham em hospitais, 30.3% nos CSP
- 8.2% de médicos estrangeiros

Profissionais de saúde em 2007

- 37.997 enfermeiros
- Apenas 28% tem mais de 45 anos
- 80% trabalham em hospitais

Hospitais de ensino

- 1º hospital universitário criado em 1912 (H. Santa Marta em Lisboa)
- Até aos anos 70: 3 faculdades de medicina e 3 hospitais universitários (Lisboa, Porto e Coimbra)
- Actualmente, 8 faculdades de medicina, mais de 30 hospitais e de ensino e dezenas de centros de saúde com ensino

Mudanças a nível da actividade assistencial

- Aumento crescente das doenças crónicas e dos doentes idosos
- Aumento do acesso a cuidados de saúde e das expectativas das populações
- Reforço da afirmação do conceito de cidadania da Pessoa Doente e dos seus direitos
- Incremento significativo da intervenção terapêutica ambulatoria, com redução da duração dos internamentos hospitalares
- Uma maior pressão sobre os profissionais de saúde no sentido de aumento da produtividade das instituições, com impacto negativo potencial no ensino pré e pós graduado
- Aumento significativo dos custos

Reformas da saúde em Portugal

- Criação dos Cuidados Primários de Saúde, que passaram a ser o pilar central do serviço nacional de saúde
- Reconversão dos hospitais, com a mudança do modelo de gestão e de financiamento e, mais recentemente, a aplicação do modelo de governação clínica
- Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde, em 2006, com o objectivo de garantir a prestação de cuidados continuados integrados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados que contribuam para a sua reabilitação e reintegração.

Objectivos das reformas

- Responder aos desafios colocados pela necessidade de uma maior eficiência na prestação dos cuidados, uma maior capacidade de garantir equidade no acesso e assegurar qualidade e segurança dos cuidados
- Por outro lado, conter o crescimento dos gastos em saúde resultantes do desenvolvimento das tecnologias, do envelhecimento das populações e do crescimento progressivo das expectativas destas.

Debate sobre o papel do Estado

- A partir dos anos 80, assistiu-se a um grande debate sobre qual o papel do Estado no sector da saúde e sobre a necessidade de introduzir nos sistemas de saúde públicos novos mecanismos de governação até então associados ao sector privado
- Este debate levou a reformas visando o estabelecimento de modelos de gestão mais orientados para os resultados, para uma maior atenção ao cidadão utilizador dos serviços e para a adopção de modelos empresariais de gestão

O objectivo a atingir passou a ser a obtenção de melhorias de eficiência decorrentes de uma gestão mais descentralizada, a promoção de competição entre os prestadores, e a substituição de estruturas de gestão hierárquica directa por relações contractuais entre compradores e prestadores que promovem uma maior transparência nos preços, nas quantidades e na qualidade dos serviços prestados.

Na segunda metade dos anos 90...

- O esforço no sentido de clarificar o papel do Estado financiador e o Estado prestador acentuou-se ainda mais
- Assistiu-se, ao mesmo tempo, a esforços no sentido de promover uma maior responsabilidade dos diferentes níveis de gestão - regional, institucional e de serviços, assim como no sentido de alcançar um maior comprometimento dos profissionais, através de da realização de compromissos explícitos entre todas as partes envolvidas.

Experiências inovadoras de gestão hospitalar a partir de 1996

- Primeira concessão da gestão de hospital público ao sector privado (H. Amadora)
- Primeira experiência de funcionamento empresarial em hospitais públicos (H.Sta. Maria da Feira)
- Criação das primeiras Unidades Locais de Saúde, juntando a administração de Hospitais e Centros de Saúde

Ao mesmo tempo, alterações importantes foram introduzidas nos hospitais públicos:

- Criação de hospitais de tipo sociedade anónima (capitais exclusivamente públicos), com separação mais efectiva entre prestador e financiador
- Transformação em 2005 destes hospitais em hospitais EPE, com o estatuto de empresas públicas.

Na base da governação actual dos hospitais em Portugal, encontramos:

- A adopção de uma lógica empresarial
- A utilização crescente de processos de contratualização
- A adopção de práticas de boa governação e de informação ao público
- Uma cultura cada vez mais forte de maior transparência, responsabilidade e prestação de contas.

A nível do Ensino Médico

- A formação pré-graduada passou a constituir a primeira etapa num processo permanente de aprendizagem, que inclui igualmente programas de formação pós-graduada e de Educação Médica Continuada
- Os objectivos do ensino pré-graduado mudaram passando a incluir :
 - *sólida formação científica*
 - *desenvolvimento da capacidade de auto-aprendizagem*
 - *competências em Comunicação com doentes, inter-pares e com a Sociedade*
 - *capacidade para trabalhar em equipas profissionais multi-disciplinares*
- O ensino pré-graduado estendeu-se cada vez mais para as instituições ambulatoriais de Saúde

- Com o processo de Bolonha, as Faculdades de medicina viram-se confrontadas com:
 - A divisão do ensino universitário em 3 ciclos
 - A transferência de créditos a nível europeu
 - A competição a nível internacional
- Com a reforma da universidade em 2008, que tornou obrigatória a inclusão de membros exteriores nos órgãos de governação das faculdades de medicina, introduziu novas regras de avaliação, e abriu a possibilidade de adopção do estatuto de fundação, as Faculdades viram-se obrigadas a repensar o seu modelo de governação e financiamento, bem como a mudar o seu funcionamento

Governança e financiamento das Faculdades de Medicina

- Até 2009, o modelo vigente, com 4 órgãos de governo - Director, CD, CC e CP – com poderes muitas vezes conflictivos e eleitos pelos pares e alunos, favorecia a ineficiência, o imobilismo, e o "in-breeding"
- A partir de 2009, o Director tem muito mais poder e é eleito por um novo órgão – o Conselho da Faculdade – que inclui membros exteriores nomeados pelo Reitor da Universidade
- O orçamento de estado tem vindo a diminuir progressivamente obrigando as Faculdades a encontrar novas fontes de receitas próprias
- Nos últimos anos verifica-se uma tendência crescente para a adopção de mecanismos de contratualização

Evolução a nível da investigação

- Crescimento espectacular da investigação biomédica
- Desenvolvimento de Institutos e Laboratórios Associados autónomos em relação às Faculdades de medicina, com maior flexibilidade nas políticas de selecção e contratação de investigadores e na obtenção de financiamento externo
- Adopção de modelos de avaliação externa dos institutos e centros de investigação científica
- Interiorização, no sistema científico, duma prática de “*accountability*” e de modelos competitivos de financiamento determinados pela qualidade e efectividade
- Maioria do financiamento proveniente da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e da União Europeia

Evolução a nível da investigação

- Aumento significativo da produção científica em Biomedicina, com reconhecimento externo
- Na área da investigação clínica, o progresso foi muito mais lento e reduzido
- A partir de 2007, o governo tomou várias medidas para desenvolver a investigação clínica:
 - Apoio a Doutoramento durante os internatos
 - Linhas específicas de financiamento
 - Acordo Portugal – Universidade de Harvard
- Compatibilização do trabalho científico e do trabalho clínico nos hospitais continua a ser um problema não resolvido

Articulação entre Hospitais de Ensino e Faculdades de Medicina



- Até aos anos 70, nos 3 HU então existentes, os directores dos Serviços eram os professores catedráticos e o Director da Faculdade era um professor catedrático nomeado pelo governo. O poder das faculdades era muito grande e quase sempre indiscutível
- A partir dos anos 70 tudo mudou: a adopção de modelos do que então se chamava de "gestão democrática", a criação de novas faculdades e a integração de muitos novos hospitais no ensino, vieram destruir completamente o equilíbrio anterior
- O Decreto Lei 312/84 estabeleceu novos princípios, segundo os quais:
 - Os docentes clínicos pertenciam às duas tutelas, podendo optar por ficar com a sua vinculação principal a qualquer um dos lados
 - Os Hospitais asseguravam lugares supra-numerários para os professores indicados pelas faculdades
 - Os directores de serviço eram escolhidos entre os médicos com mais alto grau na carreira hospitalar que fossem professores
 - Os princípios da colaboração entre as faculdades de medicina e cada hospital eram definidos por um protocolo, havendo uma Comissão mista para acompanhar o seu cumprimento

- As profundas mudanças do funcionamento dos hospitais operadas pela entrada em vigor do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, com uma ênfase crescente na obtenção e quantificação de resultados, vieram trazer tensões por vezes irresolúveis para a relação entre faculdades e hospitais
- Uma vez que a programação das metas clínicas, efectuada pelos conselhos de administração dos hospitais, não leva (nem legalmente tem qualquer obrigação de o fazer) em linha de conta o tempo necessário para as funções docentes, passaram a estar criadas as condições para potenciais situações de conflito.

- Por outro lado, as profundas mudanças ocorridas na formação médica pré graduada, a importância crescente da pós graduação e a necessidade de associar estas a investigação biomédica, translacional e clínica sólidas vieram transformar completamente as premissas em que se apoia a cooperação entre ensino, actividade assistencial e investigação.
- Estas três componentes – actividade assistencial, ensino e investigação – são indissociáveis e a sua conjugação é hoje uma condição obrigatória para o sucesso de qualquer instituição que tenha como objectivo desenvolver ensino médico de qualidade
- Da mesma forma que não há serviços de saúde de excelência sem o suporte da investigação e sem o estímulo do ensino, motores fundamentais do desenvolvimento do conhecimento e da inovação, também não há ensino médico de qualidade desligado da prática clínica em serviços de bom nível e não há investigação médica inovadora sem uma articulação regular com os clínicos que

- Em 2004 foi aprovada nova legislação sobre esta temática (Dec Lei 206/2004). Esta nova legislação, no entanto, não respondia à larga maioria dos problemas entretanto surgidos e ignorava completamente os desenvolvimentos mais inovadores ocorridos neste campo a nível dos outros países, não tendo tido qualquer aplicação na prática.
- Não chegou a ser regulamentada e, na prática, foi simplesmente ignorada
- Em suma, as três componentes dos Hospitais de Ensino – **atividade assistencial, ensino e investigação** – que são indissociáveis e condição obrigatória para a missão de uma Escola Médica moderna, desenvolveram-se de forma desintegrada, e com ritmos diferentes, nos últimos 30 anos, levando a problemas graves na articulação entre Hospitais e Faculdades.

Articulação entre Hospitais de Ensino e Faculdades de Medicina – Uma nova fase

- Nos últimos anos, no entanto, a necessidade de uma reaproximação e sobretudo de um novo modelo de articulação entre hospitais de ensino e escolas médicas começou a ser crescentemente reconhecida como uma condição para que Hospitais de Ensino e Faculdades de Medicina possam enfrentar os desafios do futuro
- Em 2009, os directores de todas as faculdades de medicina apresentaram ao governo uma proposta de um novo modelo a criar

- De acordo com a proposta apresentada, importa acima de tudo garantir uma definição clara dos princípios que deverão reger a articulação, por um lado, entre cada faculdade de medicina e a **unidade prestadora de cuidados de saúde nuclear** das suas actividades de ensino médico e investigação (qualquer que seja a designação que esta unidade nuclear venha a ter, hospital universitário ou outra), e, por outro, entre cada faculdade e as **restantes instituições de saúde afiliadas**.
- O ensino médico exige actualmente uma articulação com um hospital altamente diferenciado e com nível de excelência nas áreas fundamentais da clínica, organizado, de raiz, como uma instituição vocacionada para o ensino e a investigação;
- E exige uma articulação com um conjunto diversificado de hospitais e centros de saúde que fundamentalmente colaboram na fase final do ensino clínico profissionalizante. Os dois tipos de articulação colocam problemas muito diferentes, que exigem respostas também muito diversas

- No primeiro caso, importa assegurar o **desenvolvimento de novas fórmulas de partilha de responsabilidades financeiras e de gestão entre o sector da saúde e o sector do ensino**, que tenham em linha de conta tanto os custos como as contribuições do ensino e da investigação para a produção do hospital, bem como as vantagens resultantes de uma gestão conjunta de aspectos que interessam a ambas as partes interessadas.
- O novo modelo a criar deverá possibilitar a participação das faculdades na gestão dos seus hospitais nucleares, nomeadamente na área de recursos humanos (ex., afectação do horário dos clínicos docentes às diferentes actividades, nomeações de cargos de direcção de serviços e departamentos, entre outros aspectos).
- Deverá igualmente contemplar a possibilidade de criação de um órgão de gestão único, com responsabilidade de elaborar o planeamento estratégico das actividades clínicas docentes pré-

Modelo actualmente em discussão

- **Hospital Universitário:**
 - Integrado num novo modelo de administração comum com a respectiva Faculdade de Medicina, segundo o modelo de “academic health center”
 - Com uma partilha de responsabilidades financeiras e de gestão entre o sector da saúde e o sector do ensino, de modo a assegurar:
 - Selecção comum das lideranças clínicas e académicas
 - Racionalização das actividades clínicas e docentes e horários de funcionamento
 - Planeamento estratégico para o desenvolvimento da Instituição
- **Unidades de Saúde afiliadas**, que, mantendo a sua dependência exclusiva do Ministério da Saúde, participam no ensino mediante protocolo de *Parceria para o Ensino Médico*, entre os dois Ministérios, da Saúde e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Experiência da FCM/UNL

1ª Fase

Faculdade Ciências Médicas de Lisboa



Hospitais afiliados:

- H. S. José
- H. Santa Marta
- H. Capuchos
- H. D^a Estefânia
- Maternidade A. Costa
- H. Pulido Valente
- H. Egas Moniz
- H. S. F. Xavier
- H. S. Cruz

2ª Fase

Faculdade Ciências Médicas de Lisboa



5 hospitais fundem-se formando o **Centro Hospitalar Lisboa Central**

3 hospitais fundem-se formando o **Centro Hospitalar Ocidental de Lisboa**

3ª Fase

Reforma da Faculdade Ciências Médicas

- Novo modelo de gestão
- Desenvolvimento da Pós-graduação
- Desenvolvimento da investigação

Governo decide substituir os hospitais do Centro Hospitalar Central de Lisboa

por um novo hospital universitário – o **Hospital de Todos os Santos**

Faculdade Ciências Médicas vincula-se ao Projecto do novo Hospital Todos os Santos

4ª Fase

Faculdade Ciências Médicas de Lisboa

- Cria Novo Centro Investigação (CEDOC)
- Inicia ligação a outras unidades da UNL (ITQB, IGC e IBET)
- Reforça colaboração com ENSP e IHMT

Faculdade Ciências Médicas e Centro Hospitalar

Lisboa Central trabalham em conjunto :

- No Projecto do H. todos os Santos
- Na criação do Centro Académico de Ciências da Saúde da NOVA

Premissas do planeamento do H. Todos os Santos

- Novo perfil dos doentes que procuram os hospitais – idosos, múltiplas patologias, doenças crónicas
- Importância crescente do ambulatório e redução da demora média de internamento
- Necessidade de plataforma tecnológica de resposta rápida
- Articulação com CSP e Cuidados continuados

Premissas do planeamento do H. Todos os Santos (cont.)

- Necessidade de uma nova matriz organizacional que tome em consideração os novos modelos de gestão clínica
- Superar a estrutura baseada em serviços, criando unidades funcionais de natureza matricial, com um coordenador clínico para cada doente
- Necessidade de aproveitar as sinergias possíveis entre assistência, ensino e investigação
- Participação conjunta (Hospital e Faculdade) na definição do plano estratégico e das lideranças e na criação de um modelo que permita uma partilha de responsabilidades financeiras e de gestão.