

A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos

PAULO FREITAS
ANA ESCOVAL

A transparência deve ser entendida como uma forma de *empowerment* dos cidadãos, permitindo-lhes intervir na vida política. Em saúde, mais que noutros sectores, o acesso à informação não basta, é preciso apoio para a compreender, este é um dos pilares da contratualização. Mas, mais que isto, a contratualização foi desenhada para ser, nuclearmente, também um instrumento de intervenção dos cidadãos. Tendo desenvolvido os primeiros passos neste sentido, foi posteriormente parado, sendo aparentemente abandonado este caminho, talvez o que maior impacto teria na reorganização dos serviços e da política de saúde. Actualmente, existem alguns sinais de participação dos cidadãos no processo, mas muito longe da estratégia da década de noventa.

Palavras-chave: agências; contratualização; monitorização; participação do cidadão; transparência.



Paulo Freitas é administrador hospitalar no Hospital de Joaquim Urbano.

Ana Escoval é economista, administradora hospitalar no Centro Hospitalar Lisboa Norte, professora convidada na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL e presidente da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. É ainda investigadora fundadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

Entregue em Abril de 2010

A transparência e a monitorização

A tendência para uma crescente limitação das despesas públicas, reforçada pelos tratados comunitários¹, e a consciência de que existe possibilidade de melhorar a utilização dos recursos disponíveis (Coulter e Ham, 2000) têm levado à implementação de reformas no sector da saúde, em que a consciencialização da escassez de meios e o estudo de processos alternativos para a sua utilização, minimizando os custos de oportunidade por forma a obter o maior benefício social, têm sido uma das traves mestras dos novos modelos de organização e gestão dos sistemas de saúde e dos serviços que os integram.

A par do estudo sobre a captação dos meios para sustentar o sistema, seja quanto à metodologia, seja quanto aos montantes exigíveis, o debate sobre a

¹ A dimensão do estrangulamento económico das despesas em saúde não é pacífica, conforme refere Galbraith (1997. 87-88): «Onde a despesa pública promove ou, de facto, é essencial para o crescimento futuro da economia — aumentando a produção, o emprego e o rendimento, e retirando deste último as receitas públicas futuras — a criação de dívida é absolutamente aceitável. (...) O investimento em cuidados de saúde significa, no futuro, uma força de trabalho mais produtiva: devido à saúde mais satisfatória, haverá menos necessidade de despesas médicas. (...) este gasto corrente vai fomentar a produtividade futura e produzir o rendimento adicional que, se for submetido a impostos, irá pagar os juros e as amortizações do aumento da dívida».

arquitectura da prestação e distribuição dos recursos é a dimensão ajustada e complementar para garantir a sustentabilidade financeira do sistema e a optimização da satisfação e qualidade de resposta às necessidades/expectativas dos cidadãos.

Neste último domínio tem especial relevo a importância da participação do cidadão como elemento central ao desenvolvimento do sistema, através do aprofundamento da democracia participativa, intervindo de forma individual ou organizada, ou nos próprios órgãos do poder, garantindo a participação dos interessados na sua gestão efectiva.

Trata-se não só do reforço da democracia directa, sem prejuízo dos modelos representativos, como também da devolução ao verdadeiro pagador do poder de decisão, responsabilizante pelas escolhas, quer em comportamentos e estilos de vida, quer no acesso aos serviços de saúde.

Para concretizar estes direitos, a monitorização do desempenho e a transparência são indispensáveis, embora não suficientes.

Tratar de monitorização e transparência no processo de contratualização em saúde², numa perspectiva operacional, envolve dois conceitos interligados, mas intrinsecamente diferentes.

Consideraremos como transparência na Administração Pública a liberdade de acesso dos cidadãos a informação que aquela dispõe, e designaremos por monitorização o processo de acompanhamento e avaliação da execução de um contrato.

No caso da transparência, tratamos de um direito adquirido pela própria natureza da cidadania: «Todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, têm direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo» (art.º 5.º da Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto)³, incidindo esta determinação sobre, entre outros: Órgãos do Estado e das Regiões Autónomas, que integrem a Administração Pública; Demais órgãos do Estado e das Regiões Autónomas, na medida em que desenvolvam funções materialmente administrativas; Órgãos dos institutos públicos e das

associações e fundações públicas; Órgãos das empresas públicas⁴.

Declaração dos Direitos Humanos e do Cidadão (1789):

Art.º 15.º A sociedade tem o direito de pedir contas a todo o agente público pela sua administração.

Na perspectiva da relação entre a Administração Pública e os administrados, a transparência, não sendo o oposto de burocracia, é a sua denúncia ou, mais precisamente, a denúncia dos efeitos que dela resultam. «*Kafka disse tudo sobre a burocracia nas sociedades disciplinares. Com uma evidência luminosa, mostrou que nem era preciso dar conteúdo à lei, para pôr um sujeito ou um povo a obedecer. Para tanto basta a burocracia com a violência anónima dos seus regulamentos, das suas falsas e contínuas inscrições, das suas sequências obrigatórias e absurdas*» (Gil, 2005. 88). O mesmo autor sugere que existe nos cidadãos, porventura por resquícios do autoritarismo ditatorial de um passado recente, «*uma imagem de si, forjada pela lei, inconsciente ou semi-consciente, [que] age sem cessar, como uma espécie de panóptico a que os indivíduos não podem fugir. (...) É por isso que, quando se forma uma conecção de poder que combina velhas estruturas hierárquicas com a relação paranóica democrática, é esta que geralmente alimenta aquelas, abrindo o espaço para o exercício de poder de pequenos déspotas*» (pp. 80, 81).

Assim, a transparência pode ser entendida como a reposição da relação ver/ser visto, no mecanismo arquitectural, em que uma torre central, de onde se supõe a vigilância, é visível na consciência dos observados.

Entenda-se, neste contexto, a transparência como a divulgação de informação sobre os resultados obtidos pelas instituições públicas de saúde, nomeadamente indicadores de actividade, de acesso, ou os relatórios e contas, que habilitam os administrados para, querendo, questionarem a Administração sobre a prossecução da defesa dos seus direitos.

Presuma-se, também, que a simples consciência desta visibilidade é, *per si*, mecanismo que contribui para frustrar as tentações de desvio de poder no funcionamento das instituições.

² Neste artigo não se aborda a questão da transparência/responsabilidade individual, mas apenas a institucional, reservada à prestação de cuidados de saúde como resposta às necessidades da população.

³ Também na União Europeia prevalece o mesmo sentido de transparência: «*Todos os cidadãos da União [Europeia] e todas as pessoas singulares ou colectivas que residam ou tenham a sua sede estatutária num Estado-Membro têm direito de acesso aos documentos das instituições, órgãos e organismos da União, seja qual for o respectivo suporte, sob reserva dos princípios e condições a definir nos termos do presente número*» (n.º 3 do art.º 15.º do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia).

⁴ Naturalmente que os preceitos que pretendem garantir a transparência na Administração Pública não se extinguem no diploma citado, que surge apenas a título exemplificativo, mas também não se pretende abordar a dimensão jurídica do conceito e do conjunto de obrigações.

Recentemente foi disponibilizada na internet, uma relação dos ajustes directos efectuados na administração pública. Desta consulta construíram-se na blogosfera as mais variadas opiniões sobre comportamentos de gestores, relacionados com o objecto, montante e modelo procedimental, sem cuidar da sua fundamentação. Este é um claro exemplo de que a disponibilidade da informação de pouco serve, se não se souber como a usar.

Especialmente quando se presume que o Estado não cumpre diligentemente a sua função, os deveres de transparência podem ser acrescidos com prestação de contas sobre os próprios processos de decisão política, como acontece, por exemplo, com o problema do acesso aos cuidados de saúde, porventura um dos principais estigmas dos sistemas de saúde com reduzida barreira económica. Neste sentido Cipriano Justo recomenda que as abordagens para resolver este problema (2004. 79): «*Em comum devem incluir dimensões que as tornem consistentes com a evidência disponível sobre a natureza das respostas, a transcendência social do problema, o volume dos recursos envolvidos na resposta e a transparência dos processos escolhidos*». Trata-se, não só de prestar contas dos resultados, das actividades, ou da utilização de recursos, mas também do caminho escolhido. O pressuposto da intervenção da sociedade nos processos de decisão do Estado é subjacente a esta preocupação e deriva do facto de ser incontestável a dificuldade de serem satisfeitas as expectativas, o que leva à necessidade de serem seguidas opções cujos custos de oportunidade poderão exceder o âmbito do mandato político concedido no sufrágio de que resulta a constituição do Parlamento.

Como reserva à eficácia da transparência, argumenta-se com a incapacidade geral de interpretação dos dados de actividade das instituições, ou dados de gestão, com predominância económico-financeira, muito menos resultados em saúde, por parte do cidadão comum, se não houver um apoio por parte de peritos. No caso da monitorização, existe um desempenho que deve ser avaliado com maior ou menor frequência, seja em contraponto a determinadas metas definidas *ex-ante*, explícita ou implicitamente, seja pela comparação com prestações de referência, de outras entidades, ou da que é avaliada, em períodos anteriores.

Esta actividade de monitorização, além dos efeitos que terá dentro da própria administração do sistema, é indispensável para o exercício do direito de cidadania, quando acompanhada de iniciativas de transpa-

rência da Administração Pública e entidades que funcionam na sua órbita.

Mas o processo de monitorização *per si* não basta para aperfeiçoar o mecanismo de participação dos cidadãos. É inelutável a consagração do direito de intervir nos determinantes da execução do poder administrativo, para defesa dos seus próprios interesses, logo, estes devem fazer-se representar nos próprios actos que garantam que o planeamento do funcionamento das entidades públicas serve da melhor forma os seus direitos e, simultaneamente, na avaliação do seu desempenho.

Este desiderato obtém-se na contratualização, tal como foi desenhada inicialmente, e este facto contribui para que este processo seja considerado como um elemento fundamental da reforma do funcionamento do Estado no sector da saúde, talvez a mais importante nos últimos anos, na linha da introdução de instrumentos privatísticos na organização da Administração Pública.

Compreende-se que a reforma da Administração Pública seja contemporânea dos processos de contratualização, sendo-lhe terreno indispensável, mas simultaneamente necessitando dos instrumentos de contratualização para consolidar as mudanças organizacionais que, nas sociedades modernas, procuram dar mais controlo aos cidadãos.

Assim, partindo da análise da reforma da Administração Pública e do papel que a contratualização tem nesse movimento, com recurso à pesquisa em documentos da ARSLVT e da Agência de Acompanhamento da RSLVT, datados do início do processo de contratualização (segunda metade da década de 90), procurou-se compreender o que foi feito para garantir a participação do cidadão no processo de contratualização. Conclui-se com uma avaliação muito sucinta da situação actual, neste âmbito, com recurso às páginas electrónicas dos organismos envolvidos, como contratualizadores.

A participação do cidadão reveste-se do maior interesse para a Agência, e também para o sector Hospitalar. Ainda que existam outras formas de representar os interesses e expectativas dos utilizadores, quer em sede dos Hospitais (Conselhos gerais), quer nos órgãos de gestão da prestação dos cuidados de saúde, é intenção expressa da política de saúde nacional que seja em sede da Agência que o cidadão se veja representado, com capacidade de influir na distribuição de recursos.

Na avaliação e acompanhamento da actividade hospitalar, pretende-se dar todo o apoio à coordenação da participação do cidadão

(nova estrutura formal da Agência) quer através do reforço das CAESS, quer pela integração no funcionamento da própria Agência da participação dos seus representantes, seja através das autarquias, seja por organismos de adesão voluntária, como a DECO.

(extracto do Plano de Actividades do sector hospitalar da Agência de Acompanhamento da ARSLVT 1998)

A reforma da Administração Pública e a contratualização

A evolução na Administração Pública

Após a segunda grande guerra com a emergência das teorias Keynesianas, o Estado assume-se como o «motor» da economia e o garante do desenvolvimento social, todavia o crescimento da Administração Pública sustenta-se em estruturas burocráticas, com regras próprias que, em última instância, prevaleciam sobre os interesses dos cidadãos.

Naturalmente as preocupações sociais da revolução de Abril de 1974, e as consequentes nacionalizações, extremaram esta situação, alargando a influência do Estado a sectores para os quais não estava minimamente vocacionado.

Incapaz de lidar com a sua própria inércia, afunda-se num neocorporativismo (Maltez, 1995), violando constantemente a esfera privada com imperativos contratos do poder público, os recursos gerados na sociedade são gradualmente absorvidos pelo aparelho estatal, sendo a sua utilização pouco explicitada, e o respeito pelo cidadão parece esfumar-se em interesses, por vezes, pouco transparentes.

Segundo Bilhim (1997), na Administração Pública a eficácia é considerada como a aplicação qualitativamente correcta das regras aos casos reais, o que a nível operacional implica uma maior submissão às regras, do que à prossecução dos objectivos. Logo, esta envolvente coarcta a acção do gestor e desliga os restantes funcionários dos objectivos que servem.

Esta descrição parece reflectir de forma cristalina a proverbial ineficiência de organizações que se movem no espectro da Administração Pública, nomeadamente os serviços de saúde, apesar de encontrarmos iniciativas legislativas de enquadramento da gestão hospitalar que repete sucessivamente a necessidade de efectuar uma gestão empresarial.

Reflectindo algum desencanto na evolução do sistema público, Correia de Campos (1984) define as

reformas do sistema português como predominantemente juridiscionalizadas, logo, imbuídas de uma lógica normativista e não desenvolvimentista, sendo a sociedade portuguesa quase-perfeita no conceptualismo, mas esquecendo que o comportamento individual e social dos executores dessas leis podem ter efeitos perversos em vez dos resultados inicialmente pretendidos.

Parece que, por motivos vários, a incapacidade para implementar reformas estruturais por via política deixou aberto o terreno para a intervenção das forças de mercado, numa relação incontrolável entre os agentes económicos e, por essa característica, evasiva à influência do aparelho do Estado.

O processo de desintervenção pública, forma pela qual a Administração se desonera de tarefas no âmbito da actividade económica, dos serviços públicos e da própria regulação económica, especialmente pela sua transferência, total ou parcial, para entidades privadas (Marques e Moreira, 1999. 135), envolve a privatização, a liberalização ou a desregulação.

Não é apenas na privatização dos serviços públicos, entendida como uma relação com entidades privadas, que se extingue a reforma da Administração Pública, podemos falar numa outra forma de privatização da gestão da Administração, através da troca dos instrumentos típicos do direito administrativo pelos instrumentos próprios do direito privado, nomeadamente o contrato (Marques e Moreira, 1999. 145).

Esta pode assumir várias formas, que vão desde a empresa de capitais públicos ou a empresa pública, até à contratualização, nesta última identificamos a substituição das relações de hierarquia ou tutela baseadas na autoridade, por relações contratuais, especialmente eivadas pelo espírito de cooperação. A terminologia dominante é o contrato-programa que prevê a indexação do financiamento a determinado desempenho e produtividade.

A desintervenção do Estado

Os sinais de inovação no relacionamento do Estado com a esfera económica, que data do início dos anos 90, importam os processos dominantes nas sociedades «ocidentais», que passam pelas seguintes características (Vasconcelos, 2000):

- Difusão do modelo capitalista americano, atraente pelo seu aparente sucesso, a cuja reprodução não são alheias instituições financeiras como o FMI;
- As políticas de liberalização e privatização derivadas do enfraquecimento das empresas públicas por insuficiência de mecanismos de mercado e instrumentos económicos de motivação;

- A «europeização» das políticas nacionais e, particularmente, a dificuldade de coexistência de certos modelos sociais e os critérios de convergência e estabilidade definidos;
- A «reinvenção» do governo, decorrente da necessidade de promover a eficiência do Estado Providência, que provoca uma crise legitimada se a componente ideológica não for compreendida.

O caminho do futuro parece passar pela substituição do «*estudo circunscrito ao âmbito da Administração Pública, para nos situarmos na análise das relações entre a esfera política e a esfera económica ou, mais especificamente, entre o Estado e o mercado*» (Vasconcelos, 2000. 163).

O Estado assume, na sociedade em geral, um papel regulador que se caracteriza pela feitura das regras e não pela despesa ou investimento que promove com dinheiros públicos. Atente-se que neste domínio existe uma crescente importância do poder judicial para dirimir conflitos, uma vez que imergimos no direito privado, posicionando-nos cada vez mais na esfera da contratação.

Note-se que a gradual retirada do Estado da esfera económica não significa a emergência de regimes concorrenciais, pois a ausência de barreiras administrativas, por si só, não cria um mercado livre ou concorrencial, logo os argumentos que defendem a vantagem económica para a sociedade, da desintervenção do Estado, substituindo-a pela acção concorrencial de mercado, terão que ser mais ambiciosos no plano teórico, uma vez que além de ultrapassar este obstáculo devem provar que existem condições de mercado concorrencial para garantir a pressuposta eficiência do mercado.

Este elemento é tanto mais relevante quanto temos consciência que o mercado da saúde, pelas suas características intrínsecas, está afastado significativamente da qualificação de mercado livre e concorrencial. Todavia, traz-nos a percepção que, se caminharmos neste sentido, será fundamental um Estado regulador, forte e interventivo.

Continuando a explorar a hipótese do caminho da desintervenção, deveremos equacionar três elementos para avaliarmos se existe justificação para manter o serviço na esfera pública (Vasconcelos, 2000. 189):

- Se o fornecimento do serviço é inviável num quadro concorrencial;
- Se as empresas que o prestam devem ser propriedade pública;
- Se a regulação pela propriedade é economicamente (a mais) eficiente.

Ainda que na generalidade dos mercados estas hipóteses tenham perdido parcialmente a sua validade, na saúde não é claro que estejam completamente afastadas. Vasconcelos cita Ernâni Lopes⁵ que equaciona esta problemática: «(...) *face à alternativa 'condicionar entidades públicas a critérios e mecanismos de administração privada' versus 'enquadrar empresas privadas de modo a que respeitem critérios de interesse público geral' (...)*», concluindo que é preferível esta última. Todavia defende a sua tese com base no papel do consumidor como um actor mais interventor na economia. É exactamente aqui que a aplicação das teorias mais liberais têm mais dificuldade em defender as suas convicções no mercado da saúde, dada a manifesta incapacidade do cidadão, por si só, em determinar quais as prestações que mais o favorecem, logo valorizar correctamente a transacção.

Poderemos então estabelecer, pelo menos argumentativamente, um âmbito de discussão dentro da esfera das relações públicas e nesta, o papel da introdução de instrumentos privatísticos dentro da Administração Pública, sem prejuízo da função social pretendida. Segundo Cipriano Justo «*as medidas reformadoras implementadas no final da década de noventa configuram uma ideologia centrada na apropriação social das mais-valias conseguidas pela política de saúde. Mas estas mais-valias só são socializáveis se o processo de apropriação decorrer de um contrato social em que toda as partes concorram com direitos e obrigações. Daí que, a haver uma palavra-chave que resuma a filosofia desta política, ela seja contratualização*» (Justo, 2000. 9).

A importância do desempenho institucional no direito dos cidadãos e a contratualização

Existe uma grande diversidade de abordagens teóricas e conceptuais sobre a contratualização. Muito genericamente, os estudos de tipificação da contratualização tendem a basear-se predominantemente em argumentos económicos e sócio-legais sobre a natureza e o impacto dos contratos nas organizações em geral e nas da saúde em particular.

A função fundamental dos contratos é a de facilitar as trocas voluntárias, baseando-se em duas características elementares (England, 2000. 1):

- Ligando a atribuição de recursos financeiros à actividade, resultados e padrões de consumo,

⁵ Lopes, E. R. — O serviço público deve ser exclusivamente prestado por entidades públicas? In seminário Serviço Público, 2 de Fevereiro de 1999 — Novos desafios do século XXI. Lisboa: Centro de Estudos de Economia Pública e Social, 1999. 29.

facilitando a sua avaliação e melhorando a eficiência e a equidade;

- Clarificando o papel e responsabilidade de cada uma das partes, facilitando assim a avaliação do desempenho e a responsabilização.

Os argumentos económicos destes instrumentos baseiam-se nas virtudes do funcionamento do mercado e na eficiência na atribuição de recursos, dado estes serem facultados face aos resultados esperados. Os argumentos sócio-jurídicos residem na redução/ extinção da esfera hierárquica nas relações entre as partes, privilegiando a autonomia e a responsabilização dos gestores, e profissionais, pelos resultados obtidos.

Por estes motivos, o interesse alargado pelos contratos de desempenho nos países da OCDE tem resultado do reconhecimento do seu potencial contributo para transformar as estruturas tradicionais do sector público em estruturas mais eficientes e mais efectivas, contribuindo ao mesmo tempo para reduzir os custos, constituindo-se como verdadeiros instrumentos de gestão, usados para definir responsabilidades e expectativas entre as partes, a fim de se conseguirem os resultados mutuamente acordados⁶.

O facto de poderem ser utilizados como um instrumento para implementar políticas, nomeadamente de saúde, sem envolver os órgãos políticos na gestão das organizações e libertando as administrações para adoptarem os modelos de produção e a conjugação de inputs que considerem apropriados, é uma perspectiva atraente tanto para os detentores de responsabilidades políticas, como para os gestores das instituições. Esta situação contribui para explicar a adesão que o processo tem merecido nos vários países onde foi introduzido.

Constata-se, em muitos exemplos, que sem contratos de desempenho, os esforços para autonomizar os hospitais públicos não têm tido sucesso, por falta de controlo e especificações do pretendido (England, 2000. 3), logo numa perspectiva de descentralização ou desconcentração de poderes, o estabelecimento de compromissos bilaterais é fundamental para alinhar as estratégias e maximizar os benefícios⁷.

A separação do financiador do prestador cria mais valor para o dinheiro gasto, dado melhorar os resultados a obter com determinado orçamento, uma vez que sendo o financiamento de acordo com os resultados negociados, a redução dos desempenhos

envolve uma avaliação criteriosa da situação, podendo levar a redução dos pagamentos.

De qualquer maneira, o contacto frequente entre financiador e prestador permite o conhecimento e discussão por ambas as partes da evolução do contrato, antecipando alterações que justifiquem reavaliação das suas cláusulas, numa perspectiva de cooperação.

Figueras, Roberts e Sanderson (1993. 233) referem que a contratualização envolve a transformação do modelo de planeamento para programas com objectivos específicos, padrões e orçamentos dedicados, definidos de acordo com os recursos disponíveis. Todavia, para proceder a esta alteração será necessária informação suficiente para que o financiador possa determinar prospectivamente a natureza, o volume e o preço dos cuidados de saúde pretendidos. No caso da saúde, as características intrínsecas do objecto dos contratos sugerem que se privilegie um modelo de cooperação entre o prestador e o financiador, ao invés da relação jurídica normal.

No caso de serem firmados entre entidades da administração pública, os contratos perdem mesmo a sua forma legal, ou pelo menos a possibilidade de recurso a meios judiciais para solver divergências, constituindo-se um suporte do processo de gestão por objectivos (England, 2000. 9-10).

As vantagens deste tipo de contratos residem na clarificação da responsabilização pelo desempenho perante os financiadores, e dentro das organizações na transferência do centro da organização de uma lógica baseada nas estruturas existentes para resultados a obter, mas esta forma de pensar poderá proporcionar algumas dificuldades na implementação do processo dentro dos hospitais, dado os profissionais poderem sentir em risco os seus lugares, ou sentirem-se permanentemente questionados pelas decisões. Por isso só poderá funcionar se a filosofia contratual for «apropriada» pela organização (England, 2000. 10), e os profissionais se envolverem como gestores dos recursos utilizados, seja a que nível for.

Outra abordagem económica que se reflecte na contratualização é a teoria da relação de Agência: que analisa as relações «contratuais», sejam elas explícitas ou implícitas entre o detentor de um direito/dever e aquele que actua em seu nome.

Um elemento central desta relação é o nível de informação necessária. Ela deve permitir não só definir o objecto e condições do «contrato» (planeamento), como também a monitorização e avaliação final (processo de avaliação de desempenho).

Destaca-se desta teoria o facto de realçar o significado do controlo sobre o desempenho e a centralidade da informação na relação contratual. Fornece ainda um certo número de princípios para o eficiente

⁶ Else (1998) prefere realçar a melhoria de eficiência para responder a necessidades locais, face ao modelo central.

⁷ Flynn e Williams (1997. 4) falam de uma evolução da política de contratualização de um paradigma de «adversários», para uma definição clara de riscos das partes contratuais, assente no mesmo objectivo: «Melhores serviços de saúde para os doentes».

desenho ex-ante das relações de financiamento, como a clareza na definição de papéis e de responsabilidades, de especificação dos *outputs* e/ou *outcomes* a ser obtidos, assim como a delegação de autoridade sobre os *inputs* e a monitorização efectiva do desempenho. Podem ser atingidos ganhos significativos através da aplicação cuidadosa destes princípios.

Para a eficácia destes processos, dentro da administração pública, devem ainda ser considerados o enquadramento orçamental e o plano estratégico que se pretende implementar. Neste caso é fundamental uma avaliação clara das necessidades em saúde a resolver, e do modo como se pensa devem ser resolvidas, com limite temporal de médio/longo prazo, que aliás é o prazo aconselhado para estes «contratos».

A assimetria de informação, elemento essencial na justificação do processo, decorre do conhecimento desigual do efeito que determinado cuidado de saúde possa ter no nível de saúde do utilizador. Este não pode compreender qual o grau de efeito da decisão de consumir ou não, logo vê-se impossibilitado de exercer a sua soberania, do outro lado, o prestador conhece melhor as consequências, logo a relação desequilibra-se. De facto o cuidado de saúde em si não tem qualquer valor, excepto naquilo que representa para o nível de saúde do consumidor, e a tecnologia que explica esta relação é dominada apenas pelo prestador.

A mesma assimetria acontece entre os cidadãos e as instituições prestadoras de cuidados de saúde, por isso, deve ser mediada por uma entidade que os represente no estabelecimento dos objectivos, que vigie o seu cumprimento e devolva aos cidadãos a informação que os habilite a exercerem os seus direitos.

A não acontecer assim, não só a assimetria prevalece, como existe o perigo de *«Oligopólio e oligopsónio juntam-se para permitir a «captura» do mercado por médicos e gestores, desviando as instituições dos seus objectivos sociais»* Escoval (2005. 7).

A participação do cidadão no âmbito da AASS da RSLVT (no final da década de noventa)

No âmbito do processo iniciado na Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde da RSLVT, participação do cidadão era fundamental e nela configurava-se um elemento central no processo de criação das Agências⁸ e da própria contratualização.

⁸ Sendo, por definição, a relação de agência perfeita aquela em que o estado de saúde alcançado seria exactamente aquele que os utilizadores teriam conseguido alcançar se fossem eles a escolher, partindo do conhecimento da situação.

Entendia-se que a abordagem crítica e informada do cidadão não só atenuaria a concepção autoritária e administrativa dos serviços de saúde públicos, como daria ao verdadeiro pagador dos serviços de saúde a possibilidade de optar, ou influenciar decisivamente as opções pelos prestadores que lhe merecessem maior confiança.

Existem dois mecanismos para atingir este objectivo: o *empowerment* dos cidadãos, pelo acesso à informação adequada em tempo oportuno, e a devolução da capacidade de intervir de forma organizada nas decisões em matéria de serviços de saúde.

Os instrumentos previstos para atingir estes objectivos eram:

- A criação de Comissões de Acompanhamento Externo, onde representantes da sociedade civil local estariam representados;
- A elaboração de relatórios de acompanhamento do funcionamento dos serviços de saúde;
- O estudo sistemático das reclamações efectuadas sobre os serviços de saúde.

Qualquer destes objectivos instrumentais contribuíam para colocar o cidadão no centro do sistema, orientando este de acordo com as necessidades e expectativas daquele, habilitando os cidadãos a tomar opções mais conscientes em matéria de comportamentos saudáveis e decisões de utilização dos serviços de saúde. Este era um dos papéis fundamentais da Agência e porventura a razão da sua própria designação inicial. A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo publica em 1996 um documento de enquadramento da actividade da Agência (A função Agência) onde pretende operacionalizar este conceito na óptica da defesa dos direitos do cidadão: *«Idealmente, todas as partes deveriam lucrar com a diferenciação desta função [Agência]. O cidadão, porque passa a poder contar com uma instância que intervém no sistema em cumplicidade com os seus pontos de vista»* (p. 6), indicando mais à frente que a função agência/acompanhamento *«Zela pelos interesses de quem paga directa ou indirectamente os cuidados de saúde: os cidadãos»* (p. 8), seja através da publicação de informação: *«Espera-se que seja produzido e divulgado conhecimento sobre os serviços de saúde de promovida a utilização desse conhecimento por parte da administração e por parte dos cidadãos»* (p. 17), seja pela participação activa dos cidadãos: *«Os grupos de acompanhamento externo têm uma composição mista (cidadãos utilizadores + peritos de apoio) (...) a participação de peritos visa essencialmente facilitar a descodificação de relatórios, informação técnica atenuando assim a assimetria da informação»* (p. 18).

Inicia-se, então, o funcionamento das Comissões de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde (CAESS).

A CAESS de Amadora e Sintra era composta pela Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde da RSLVT, pelos Municípios de Amadora e Sintra e pela DECO, vindo a emitir um relatório em 1997 que reclama alterações na capacidade em recursos humanos dos serviços de saúde, além de remodelação na «alocação de recursos materiais e financeiros com reforço do investimento em infra-estruturas que resulte duma discussão com as autarquias» (p. 4). Este relatório constituía-se como um contributo para uma política de saúde local, mas também podia ser visto como uma forte crítica pública à estratégia de saúde prosseguida, talvez a primeira vinda de dentro do próprio Ministério, só possível com o suporte de estruturas alheias a este.

A CAESS de Almada, Seixal e Sesimbra também criou documentos próprios, nomeadamente um comunicado aos órgãos de comunicação social (1998), onde manifestava o seu entendimento quanto à sua participação no processo: «À Comissão de Acompanhamento Externo compete informar a Administração Regional de saúde e os órgãos autárquicos sobre o sentir e as perspectivas da comunidade em relação ao funcionamento dos Serviços de Saúde», simultaneamente «(...) sublinha que a sua acção se insere na linha dos contributos que cabem ser dados pela comunidade para garantir o direito à saúde lembra as responsabilidades particulares e maiores dos governos e as suas políticas nesta matéria». Notoriamente pretende-se transferir para a dimensão autárquica e local um papel activo como fiscalizador da acção do Governo em matéria de saúde.

Estes dois casos demonstram a vontade que as entidades tradicionalmente afastadas destes processos têm em participar, mas também indícios fortes de que esta participação será fortemente incómoda para o Governo, cuja política de distribuição de recursos era preparada na discrição dos gabinetes, quando muito negociada com os grupos de interesse, ou sensível a estes.

A oportunidade que se pretendia criar, com a participação das organizações representativas do poder local e associações civis, poderia ter como inspiração o trabalho de Amartya Sen (1999. 136): «Não há razão para os interesses adquiridos terem de vencer se a discussão aberta for permitida e promovida. Mesmo que, de acordo com o famoso raciocínio de Pareto, possa haver um milhar de pessoas cujo interesse é ligeiramente atingido por uma política que engorda pesadamente o interesse do homem de negócios, logo que o quadro seja captado com clareza não deixará de haver uma maioria de oposição a tão

especial raciocínio. Este é o domínio ideal para um debate político mais alargado acerca das provas e contraprovas das diferentes partes e, no crivo de uma democracia aberta, o interesse público pode bem ter excelentes perspectivas de vitória contra a usada defesa da pequena coutada dos interesses adquiridos».

Mas a participação dos cidadãos no âmbito da contratualização não é isenta de obstáculos, que António Luz (1998) descreve: «1.º — Os técnicos assumirem a dificuldade dos utentes opinarem sobre os serviços e cuidados, assumindo eles próprios essa função como agentes dos utentes. No entanto são os próprios utentes a reafirmarem permanentemente a necessidade de terem mais oportunidades para manifestarem as suas opiniões sobre os Serviços; 2.º — Alguns órgãos que prevêem a participação do cidadão terem servido até ao momento mais para legitimar a posição de autoridade dos órgãos de gestão respectivos do que para envolver os consumidores/cidadãos em processos de tomada de decisão desde o debate das políticas de saúde ao processo de planeamento (programas, projectos e organização de serviços)».

Em 1999, o vigor do processo e o empenho da ARSLVT continuam a justificar o desenvolvimento destas iniciativas, conforme se poderá verificar na Estratégia de Saúde Regional desse ano, seja nas linhas mestras da estratégia: «Mudança centrada no cidadão e nas necessidades de saúde da população» (p. 4), seja nas opções estratégicas fundamentais: «(...) Concede-se uma importância muito especial: — Ao desenvolvimento de parcerias para a saúde e ao reforço da participação do cidadão e da comunidade» (p. 5), concretamente, «entre outras actividades a desenvolver, através da constituição de Comissões Locais de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde e da avaliação, na perspectiva do cidadão, da prestação dos hospitais e centros de saúde, ou ainda, por constituir e dinamizar um Centro de Informações sobre saúde e serviços de saúde dirigidos aos utentes, às ONG na área da saúde e à comunidade em geral» (p. 80, 81).

Também a AASS, no Plano de Actividades 1999-2001, prevê: «A estratégia escolhida para esta fase de desenvolvimento da ACSS baseia-se numa abordagem descentralizada por equipas: Cada equipa de negociação e de acompanhamento integra e articula as componentes técnica e externa e assume, com autonomia e empenho, o processo de contratualização referente à sua unidade funcional de saúde ou SLS» (p. 5). A componente externa das equipas, recorde-se, era constituída por representantes dos Municípios e ONG, como as Misericórdias ou a DECO.

As dificuldades sentidas e o forte constrangimento que se adivinhava para o Governo poderão ser as causas da descontinuidade destes processos. O afastamento dos cidadãos inicia-se com a transferência da gestão do processo de contratualização para um organismo central, mais directamente dependente das instruções governamentais. Assim, perdia-se a participação activa dos cidadãos e a sua capacidade incontrolável de exigir alterações da política de saúde, sem ceder à pressão dos interesses instalados. Imediatamente a seguir, no início deste século, o processo de contratualização seria imobilizado, apesar de se manterem em funcionamento as Agências de Contratualização mais pujantes.

Entretanto, com as devidas diferenças, também fora do sector da saúde a sociedade continuava a manifestar a sua preocupação com a captura, por grupos de interesse internos, do processo de distribuição de recursos efectuada pelo Estado que, como a regulação, justificam os mecanismos de transparência e monitorização: «*O risco de captura regulatória vem naturalmente dos operadores sujeitos à regulação. Por isso, um dos melhores antídotos é a participação institucional da outra parte interessada na actividade da autoridade reguladora. Trata-se naturalmente dos utentes ou consumidores correspondentes.*»⁹

Lições para o futuro: a participação dos cidadãos e a transparência na contratualização

O futuro da contratualização está intrinsecamente ligado à transparência do processo, e a sua permanente monitorização, desde o planeamento em respeito pelas necessidades dos cidadãos, até ao financiamento justo da actividade. Devem ser publicitados os resultados obtidos, bem como fundamentados os processos desenvolvidos, sempre com suficiente justificação para que torne compreensível ao cidadão comum as consequências no seu nível de saúde.

Deve ser definida a ligação entre o processo de aquisição de cuidados de saúde e a sua necessidade, com base em indicadores epidemiológicos e taxas de utilização ideais, de origem em bons exemplos internacionais.

Para que estes desígnios funcionem, este processo deve ser assumido como um instrumento técnico de gestão do sistema, sendo blindado, tanto quanto possível, da volatilidade do sistema político, cujo ciclo

de vida é manifestamente insuficiente para a produção de efeitos de reformas estruturais. Uma forma de obter este desiderato é introduzir mecanismos de participação dos cidadãos, a exemplo dos casos verificados no final da década de noventa.

Sobre a importância da participação das pessoas, veja-se Sakellarides (2005. 157): «*É importante proporcionar o máximo de escolha possível num contexto de monitorização contínua das consequências práticas do exercício dessas escolhas. É necessário envolver as pessoas nos processos de contratualização de serviços de saúde e assegurar o seu ponto de vista em relação às prioridades dos financiamentos na saúde.*».

Consultadas as páginas electrónicas das entidades envolvidas no processo de contratualização, como financiadoras, regista-se o esforço, embora assimétrico, em apresentar informação com algum grau de detalhe e com linguagem compreensível, cumprindo assim um dos requisitos do processo.

Mas a participação activa, no modo como foi prevista inicialmente, não acontece, excepto em alguns casos pouco significativos, conforme é reconhecido no Relatório de Projecto «Inovação de políticas em saúde: o caso da contratualização em Portugal»¹⁰, «*(...) tanto a estrutura e a organização das estruturas de decisão como a cultura de participação e cidadania não têm propiciado a existência de mecanismos de participação activa e efectiva*» embora se ressalve algumas iniciativas de participação de associações de doentes.

Mas a dimensão das prestações sociais, como a saúde, está intrinsecamente ligada à identidade do povo e à sua riqueza cultural, condição necessária para que sejam capazes de definir quais os interesses que entendem prosseguir e a forma como entendem que tal deve ser conseguido.

Se não conseguirmos evoluir, gastamos recursos e não teremos bons resultados. Dou-lhe um exemplo: Quando vem de carro, pela A5, para Lisboa, sai na CRIL para entrar na Segunda Circular. Há uma fila compacta na entrada e — acontece muito — há sempre pessoas que vão passando à frente de todos. Ou seja, se há quem queira estabelecer uma ordem de convivência existem outros que não querem saber disso. Agora a pergunta: quais são os carros que, regra geral, ultrapassam os que estão na fila? Os melhores: os BMW, os Mercedes, etc... não são os «carochinhas».

⁹ Declaração de Condeixa, (2002), documento elaborado na sequência dos debates no âmbito do «Fórum de Condeixa» — iniciativa do Centro de Estudos de Direito Público e Regulação (CEDIPRE) (p. 6).

¹⁰ Consultado em Abril de 2010 no endereço: http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Investigacao/relatorio_final_2007_versao%20entregue.pdf

Esses ficam lá, à espera. E agora você diz-me, «mas isso não tem nada a ver com o sistema de Saúde!». Errado. Esta atitude tem tudo a ver com o sistema de saúde

Constantino Sakellarides

<http://www.30anosns.org/Sakellarides/tabid/133/language/pt-PT/Default.aspx>

Assim, o papel dos agentes (regressando a uma terminologia firmemente ligada ao início deste processo) não pode exceder a delegação de que estão revestidos e esta depende do nível com que a população consegue apreender a importância do poder que se lhes pretende devolver e dele fazer bom uso. A transparência, se não for assumida como um processo intrínseco à defesa dos direitos dos cidadãos, nomeadamente contra grupos de interesse estabelecidos, se não for reforçada com o apoio de técnicos que expliquem as opções e suas consequências, não terá consequências, tornando-se uma ferramenta de marketing político, vazia de conteúdo excepto na satisfação de requisitos formais.

Naturalmente a transparência no sistema de saúde não depende apenas da contratualização, um exemplo é a intervenção do Observatório Português de Serviços de Saúde, consubstanciado no seu relatório de Primavera, que pretende prestar contas públicas, e isentas, do funcionamento do sistema de saúde.

Infelizmente não é clara a importância atribuída a esta iniciativa, passada a agenda mediática do momento da sua apresentação.

Neste, como noutros casos, a eficácia dos processos que os agentes tentam implementar depende do empenho dos representados em fazer valer os seus direitos. A redução da intervenção directa dos cidadãos neste processo, que tem sido aceite passivamente pela sociedade, tem inevitáveis impactos na apropriação social da prestação de cuidados de saúde.

Siglas

AASS — Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde

ARSLVT — Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

FMI — Fundo Monetário Internacional

RSLVT — Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

□ Referências bibliográficas

ANTUNES, M. J. — A doença da saúde : Serviço Nacional de Saúde : ineficiência e desperdício. Lisboa : Quetzal Editores, 2000.

BILHIM, J. — Problemas da gestão por objectivos na Administração Pública Portuguesa. In FÓRUM Gestão por objectivos na Administração Pública, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 1997 — Gestão por Objectivos na Administração Pública. Lisboa : ISCSP-UT, 1997. 27-44.

CAMPOS, A. C. — Os hospitais no sistema de saúde português. Lisboa : ENSP, 1984. (Divulgado por altura da visita de estudo da Federação Internacional dos Hospitais).

COULTER, A.; HAM, C., ed. lit. — The global challenge of health care rationing. Philadelphia, PA : Open University Press, 2000.

ELSE, M. — A contratualização no SNS inglês. In ENCONTRO sobre o Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal. Lisboa : Instituto de Gestão Informática e Finança da Saúde, 1998. Resumo das conferências e comunicações.

ENGLAND, R. — Contracting and performance management in the health sector : some pointers on how to do it. [Em linha]. London : Institute for Health Sector Development, 2000. [Consult. 22-03-2010]. Disponível em http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_service_delivery/Contracting.PDF.

ESCOVAL, A. — Sistemas de financiamento da saúde : análise e tendências. 1ª ed. Lisboa : APES, 1999.

ESCOVAL, A. — Evolução da administração pública da saúde : o papel da contratualização : factores críticos do contexto português. Lisboa : Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2005. Tese de doutoramento em Gestão pelo ISCTE.

FIGUERAS, J.; ROBERTS, J.; SANDERSON, C. — Contracting, planning, competition and efficiency, managerial issues in the reformed NHS. In MALEK, M. *et al.*, ed. lit — Managerial issues in the reformed NHS. London : John Wiley and Sons, 1993. 223-236.

FLYNN, R.; WILLIAMS, G. — Contracting for health. In FLYNN, R.; WILLIAMS, G. ed. lit. — Contracting for health : quasi-markets and the National Health Service. Oxford : Oxford University Press. 1997. 1-13.

GALBRAITH, J. K. — A sociedade desejável. Lisboa : Publicações Europa América, 1997.

GIL, J. — Portugal, hoje : o medo de existir. Lisboa : Relógio d'Água, 2005.

JUSTO, C. — O estado das coisas de Estado : políticas de saúde em Portugal. Porto : Campo de Letras, 2000.

JUSTO, C. — Acesso aos cuidados de saúde : porque esperamos. Lisboa : Campo da Comunicação, 2004.

LUZ, A.; FREITAS, P. — Meios de relacionamento e comunicação com o utente. Palestra no seminário de Gestão Hospitalar. Organização: NPF-Pesquisa e formação, 1998 (texto de apoio).

MALTEZ, J. A. — A justiça e o mal-estar do Estado de bem-estar. In IX JORNADAS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, Lisboa : ENSP, 1995.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AASS. COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA AMADORA E SINTRA — Relatório da 1.ª abordagem aos serviços de saúde da unidade funcional Amadora/Sintra. Lisboa : Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1997.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AASS. COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ALMADA SEIXAL E SESIMBRA — Comunicado aos órgãos de comunicação social. Lisboa : Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1998.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSLVT — Estratégia de saúde regional. Lisboa : Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1999.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSLVT. AASS — A função Agência. Lisboa : Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1996.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSLVT. AASS — Plano de actividades 1999-2001. Lisboa : Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1999.

MARQUES, M. M. L.; MOREIRA, V. — Desintervenção do Estado : privatização e regulação de serviços públicos. *Economia e Prospectiva*. 2 : 3/4 (1999) 133-158.

SAKELLARIDES, C. — De Alma a Harry : crónica da democratização da saúde. Coimbra : Almedina, 2005.

SEN, A. — O desenvolvimento como liberdade. Lisboa : Gradiva, 1999.

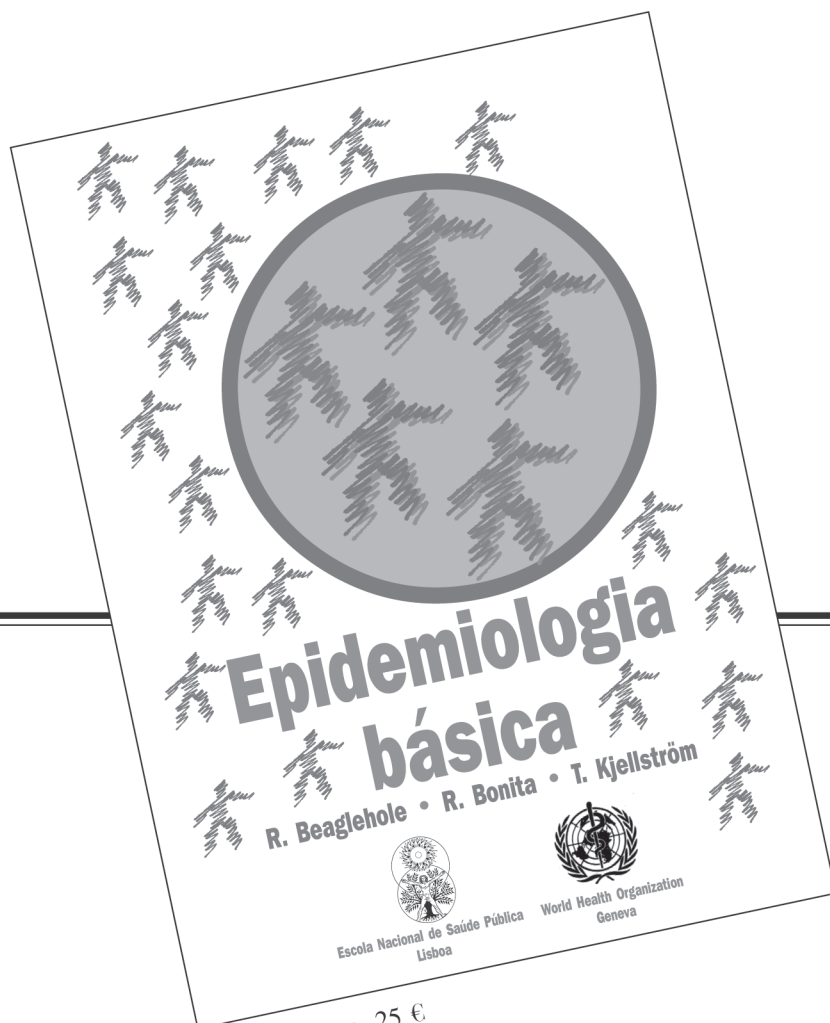
VASCONCELOS, J. — O Estado regulador. In PEREIRA, J. N. *et al.* ed. lit. — A regulação em Portugal. Lisboa : Edição da Entidade Reguladora do Sector Energético, 2000. 159-192.

□ Abstract

HEALTH CONTRACTING TRANSPARENCY AND CITIZENS ROLE

Transparency must be understood as a form of the empowerment of the citizens, allowing them to intervene in political life. In health, more than in other sectors, access to information is not enough, support is needed to understand it, and this is one of the pillars of the contracting system. But more than this, at its core, the contracting system was also designed to be an intervention tool for citizens. Having developed the first steps in this direction, it was subsequently stopped, and apparently this path was abandoned, perhaps the one with the biggest impact on the reorganization of services and on health policy. Currently there are some signs of citizen participation in the process, but far from the strategy of the nineties.

Keywords: agencies; contracting; monitoring; citizens' participation; transparency.



Preço de capa, 25 €