



**Instituto Português
de Relações Internacionais
e Segurança**

Rua Vitorino Nemésio, 5
1750-306 Lisboa
Tel.: 21 386 79 97
www.iprisverbis.eu
geral@iprisverbis.eu

PEDRO PITA BARROS

Professor Catedrático na Faculdade de Economia
da Universidade Nova de Lisboa
ppbarros@fe.unl.pt

As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal

A existência de listas de espera é um dos aspectos do acesso a cuidados de saúde que mais visibilidade possui (em termos de opinião pública) e que mais tem sido usada como arma de combate político.¹ Porém, entre os argumentos políticos apresentados a propósito das listas de espera e a sua origem, como parte de sistemas de saúde organizados em torno de serviços nacionais de saúde, há uma grande distância e pouca compreensão.

Uma das explicações para o aumento das listas de espera terá que ver com os importantes avanços na tecnologia cirúrgica e de anestesia, ao longo das últimas duas ou três décadas. Estes avanços aumentaram grandemente o alcance, a segurança e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos oferecidos pelos sistemas de saúde modernos. Como consequência, verificaram-se importantes aumentos na procura de cirurgias.

Alternativamente, pode-se ver as listas de espera como resultado de uma incapacidade do sistema de saúde em satisfazer as necessidades elementares de saúde dos cidadãos. Contudo, explicações genéricas desta natureza não são de grande utilidade para a determinação da resposta a dar-se ao problema, nem mesmo para avaliar em que medida são, de facto, um problema.

A experiência internacional

Uma visão global das listas de espera nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é apresentada por Jeremy Hurst e Luigi Siciliani.² Na sua análise dos tempos de espera para cirurgia programada nos países da OCDE foram detectadas listas de espera em cerca de metade dos países analisados. Existe considerável diversidade nos países com listas de espera, embora tenham sido encontradas algumas regularidades: tempos de espera elevados emergem sobretudo em países que combinam seguro de saúde público (com custo nulo ou baixo no momento de consumo de cuidados de saúde) e restrições na capacidade cirúrgica.

O seguro de saúde público retira dos pacientes as barreiras financeiras ao acesso, levando a alto poten-

cial de crescimento da procura. Restrições na capacidade – desejável para se atingir a taxa óptima de cirurgia – evitam que a procura iguale a oferta. Nestas circunstâncias um «preço tempo» aparece para equilibrar os dois lados do mercado. 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.

As experiências de outros países trazem-nos algumas lições. Por exemplo, J.L. Foote, N.H. North e D.J. Houston documentam que as listas de espera na Nova Zelândia aumentaram em dimensão.³ As

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.

tentativas de redução ou de eliminação foram em grande medida ineficazes. Estratégias como, por exemplo, aumentar os recursos disponibilizados foram tentadas sem sucesso. Mais recentemente procurou-se soluções baseadas numa melhor gestão das organizações de saúde.

As longas listas de espera são também um dos problemas enfrentados pelo SNS espanhol. Devido a preocupações resultantes das longas esperas pelos pacientes, têm sido desenhadas políticas para combater este problema. Os gestores do SNS espanhol tradicionalmente utilizaram três medidas básicas para encurtar as listas de espera: subcontratação, programas especiais e actualização das listas de espera.

Listas de espera: eficiência *versus* equidade

As listas de espera geram preocupações quer de eficiência quer de equidade, entrando-se frequentemente em situações de conflito entre estas duas dimensões.



Pedro Pita Barros

Doutorado em Economia pela Universidade Nova de Lisboa, tem desenvolvido actividade de consultoria de empresas privadas, nacionais e estrangeiras, bem como de entidades públicas nacionais e comunitárias diversas. Colunista do *Diário Económico*.

Por exemplo, sendo a lista de procura uma circunstância de excesso de procura, poderia ser eficiente (no sentido de todos os indivíduos envolvidos ficarem melhor) ter pagamentos entre pessoas em lista de espera para trocarem de lugar. No entanto, a maioria das pessoas consideraria inadequado, de um ponto de vista ético, permitir esse tipo de troca.

Um outro aspecto importante das listas de espera é perceber o papel que o elemento preço poderá ter. No caso de cuidados de saúde, a lista de espera para consultas em centros de saúde pode ter uma natureza muito distinta da lista de espera para intervenção cirúrgica, já que se, na primeira, o preço da consulta poderá influenciar a procura dirigida aos serviços de saúde, na segunda é improvável que o factor preço seja um elemento essencial no sentido de um menor preço induzir procura adicional. Não significa porém que a lista de espera seja insensível ao preço vigente, pois para preços superiores, haverá doentes que poderão optar por não ser intervencionados. Contudo, este é precisamente o tipo de situação que levanta questões éticas: será essa exclusão, por motivos económicos, socialmente aceitável? Tipicamente, as sociedades modernas tendem a dar uma resposta negativa a esta questão.

As listas de espera: onde se espera?

Há vários pontos de análise de tempos de espera dos doentes que necessitam de intervenção cirúrgica, ilustrados na figura 1. Apesar de não se encontrarem assinaladas, ocorrem também decisões médicas que determinam a «saída» do doente deste circuito: na consulta de cuidados de saúde primários é tomada a decisão de prosseguir para consulta de especialidade no hospital (ou tratamento no âmbito dos cuidados de saúde primários); e, na consulta de especialidade, é tomada a decisão de seguir para cirurgia (ou para outra forma de tratamento). O tempo de espera total no

percurso de um doente é, pois, dado pela soma de vários tempos de espera parcelares. Embora a discussão tenda a maior parte das vezes a focar-se no tempo de espera desde a indicação para intervenção cirúrgica até à realização da mesma, do ponto de vista de saúde da população o importante é o tempo de espera desde que se manifesta a necessidade de recurso a cuidados de saúde até à sua resolução. De outro modo, uma forma simples de combater as listas de espera para intervenção cirúrgica consiste em aumentar os tempos de espera antes de chegar à indicação para cirurgia. Hoje em dia, pouco se conhece sobre o tempo de espera global, uma vez que não há um seguimento integrado do percurso do doente e dos seus tempos de espera em diversos pontos do sistema.

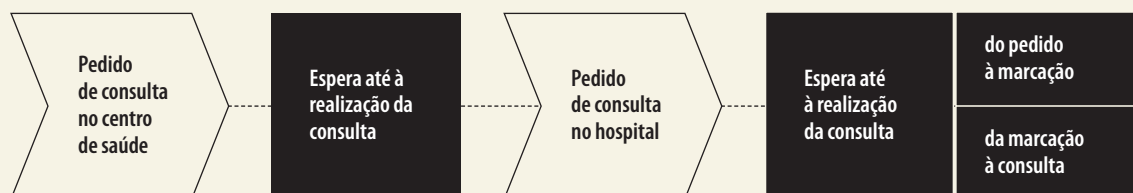
Em termos dos princípios de organização de um sistema de saúde, a existência de listas de espera é quase um aspecto inevitável. As necessidades de intervenção cirúrgica são determinadas de forma aleatória, pois não é possível prever em que momento alguém irá necessitar dessa intervenção. Consequentemente, não é fácil prever o número exacto que surgirá num determinado espaço de tempo. Por outro lado, a disponibilização de capacidade de tratamento por um SNS que assegura a prestação, não tem essa flexibilidade de ajustamento imediato – os médicos já foram contratados, os enfermeiros e restante pessoal já foram contratados, os equipamentos já foram adquiridos, quer haja, ou não, procura dos seus serviços a ser satisfeita em cada momento.

Que actuação sobre as listas de espera?

A existência de listas de espera para cirurgia decorre de um desfasamento entre a intensidade da procura (chegada de novos doentes para intervenção cirúrgica) e da capacidade do sistema de saúde na resolução dessas solicitações.

Assim, os factores na origem das listas de espera

Figura 1: Os tempos de espera



estão, necessariamente, ligados à procura de cuidados e à capacidade de resposta da oferta. Dado que, por um lado, o momento de chegada dos doentes ao sistema ocorre de forma aleatória e que, por outro lado, a resolução efectiva de cada caso tem igualmente factores incertos, existem listas de espera mesmo quando o ritmo médio de chegada de novos doentes é idêntico à capacidade média de resolução por parte da entidade prestadora de cuidados de saúde.

Os factores que levam à existência de listas de espera para intervenção cirúrgica podem, então, ser agrupados em três categorias: aumento da procura de intervenções cirúrgicas (em cuja base estão aspectos como o envelhecimento da população, opções clínicas associadas à introdução de novas tecnologias, expectativas dos utentes, etc.); definição da capacidade da oferta (de que é exemplo o número de blocos operatórios disponíveis); a eficiência da organização prestadora de cuidados de saúde (onde estão incluídos factores como a organização funcional dos serviços, a incerteza/variabilidade do desempenho clínico, o empenho dos recursos humanos, etc.)

Tipicamente, as actuações de combate às listas de espera para cirurgia têm-se concentrado nas duas últimas categorias, quer no âmbito nacional quer no plano internacional.

As actuações sobre o lado da procura são relativamente escassas. O envelhecimento da população e a procura acrescida que o mesmo determina para alguns procedimentos cirúrgicos, não é, obviamente, um factor controlável pelas autoridades de saúde. Também a adopção de novas tecnologias tem sido um factor de crescimento da procura, a par com as expectativas crescentes da população. Porém, se estes são factores cujo controlo, de alguma forma, escapa às autoridades de saúde, já os aspectos de prática clínica poderão ser de certa forma indutores de uma mais racional utilização dos recursos, nomeadamen-

te através da criação de protocolos médicos. Contudo, a sua elaboração tem-se revelado frequentemente mais difícil de concretizar do que se anteciparia.

A questão que, naturalmente, se coloca ao Serviço Nacional de Saúde é a de compreender qual a capacidade a estabelecer, tendo em conta que se esta for escolhida de modo a satisfazer o máximo de procura que pode ocorrer, então nas restantes situações (por exemplo, procura moderada ou procura baixa), apresentará excesso de capacidade, que tende a ser vista como desperdício de recursos. Contudo, se não tiver capacidade para tratar o máximo de procura que possa surgir, então gerará listas de espera.

Assim, do ponto de vista de organização do SNS, há que encontrar um equilíbrio, que se situará algures entre evitar listas de espera e evitar desperdício (capacidade não utilizada).

A primeira forma pela qual se tenta, ainda que implicitamente, gerir esta tensão é através da noção de tempo aceitável de espera, que depende da condição clínica do doente e da patologia envolvida. Esta noção permite que haja uma lista de espera que suaviza as flutuações das chegadas de novos doentes ao sistema e permite uma melhor programação da actividade.

Assim, torna-se claro que o custo da capacidade não utilizada (desperdício) é maior do que o custo de algum tempo de espera, desde que o mesmo esteja dentro dos parâmetros clinicamente aceitáveis.

Sendo assim, não será óptimo ter tempos de espera nulos, em média, única situação em que não haveria lista de espera. Apenas quando o tempo de espera exceder o valor clinicamente aceitável se terá uma preocupação com as listas de espera. Esta visão do sistema faz também com que a informação relevante para a avaliação do desempenho do SNS não seja, como se referiu, o número de pessoas em lista de espera, nomeadamente se estiver acima do tempo clinicamente aceitável.

1 Texto parcialmente baseado nos resultados do «Relatório Final – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)», produzido por Pedro Pita Barros, Paulo Gomes, João Jalles e Miriam Luz, para o Tribunal de Contas, 2007. As opiniões expressas são da responsabilidade exclusiva do autor.

2 Jeremy Hurst e Luigi Siciliani, «Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries» (OECD Health Working Papers, n.º 6, Julho de 2003).

3 J.L. Foote, N.H. North e D.J. Houston, «Towards a systematic understanding of a hospital waiting list» (*Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 18, n.º 3, 2004): pp. 140-54.



A segunda forma pela qual se pode tentar encontrar, no SNS, um equilíbrio entre o evitar tempos de espera excessivos e o evitar desperdício de recursos, é pela agregação de situações. Um hospital pequeno, que tenha uma área geográfica de atracção com uma população reduzida terá, naturalmente, maior variabilidade na procura que lhe é dirigida. Hospitais de grande dimensão, por mero efeito de agregação do número de pessoas na sua área de atracção, terão menores problemas em termos de imprevisibilidade da procura de cirurgias. Daqui resulta que uma agregação das necessidades e a sua posterior redistribuição pelas unidades de cuidados de saúde permite uma redução da incerteza defrontada por cada uma e recolhe benefícios de uma maior capacidade de programação da actividade.

Os programas dirigidos às listas de espera

Sendo normalmente vistas como uma restrição indevida do sistema ao acesso de cuidados de saúde necessários por parte da população, a existência de listas de espera leva frequentemente à adopção de medidas de política que procuram minorar, ou até fazer desaparecer, as listas de espera.

Também neste aspecto Portugal se enquadra na descrição geral. Ao longo dos últimos dez anos foram adoptados diversos programas para a recuperação das listas de espera. A necessidade de adopção sucessiva destes programas parece sugerir que a resolução desta questão não é simples.

Os programas definidos, e aplicados, em Portugal dividem-se em dois grandes grupos: os que procuraram estimular a realização de actividade adicional, disponibilizando verbas para cirurgias adicionais e o mais recente, que criou um sistema de informação que permite gerir os doentes inscritos para cirurgia, de forma a conhecer-se em cada momento a situação (em termos de número de inscritos e em termos de tempo de espera).

Os programas centrados na disponibilização de verbas adicionais para a realização de cirurgias não tiveram como resultado principal a redução das listas de espera. Estas, aliás, mantiveram ou mesmo aumentaram a sua dimensão (medida em número de pessoas à espera de uma cirurgia).

Este aparente paradoxo tem duas explicações potenciais, que se complementam. Face à disponibilida-

de de fundos para actividade adicional à considerada normal, em termos dos incentivos económicos, é razoável esperarem-se dois tipos de efeitos. Por um lado, uma redução da actividade normal, uma vez que parte, pelo menos, desse decréscimo de actividade se poderá transferir para a actividade com remuneração adicional. Este incentivo perverso dos programas de recuperação de listas de espera, baseados em reforço de verbas, foi frequentemente apontado. Apesar disso, não houve, até ao momento, apresentação de evidência conclusiva quanto à existência e à intensidade deste efeito. O segundo efeito consiste numa alteração do critério clínico para inclusão na lista de espera, passando a ser admitidos mais doentes.

Para além destes dois efeitos, endógenos ao programa de recuperação de listas de espera, a eventual ocorrência de um aumento da procura de cuidados de saúde por parte da população poderá estar igualmente na origem de um crescimento das listas de espera.

No caso da história recente das listas de espera em Portugal, tem-se registado a criação de diversos programas de recuperação de listas de espera, nomeadamente o PERLE – Programa Específico de Resolução de Listas de Espera (1995); o PPA – Programa de Promoção do Acesso (1999) e o PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (2001); e o SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (2004). Os três primeiros programas tiveram como característica comum a disponibilização de fundos adicionais para que fossem realizadas mais cirurgias. No caso do PERLE, os fundos destinavam-se à contratação de capacidade no sector privado; no caso dos outros dois programas, os fundos eram direccionados para o desenvolvimento de actividades extra nas unidades públicas, embora permitindo também recurso a entidades privadas, consoante as necessidades. Ou seja, a resposta que se pretendeu dar foi a de aumentar, temporariamente, a capacidade de resolução de problemas em cada ponto do sistema (do SNS) em que ocorresse uma lista de espera elevada. Contudo, e apesar do aumento da actividade, as listas de espera não registaram uma diminuição.

Há, pelo menos, duas explicações potenciais para que o resultado observado não tenha correspondido às expectativas iniciais. Por um lado, poderá ter ocor-

rido desvio de recursos, ou pelo menos de atenção, da actividade programada para a actividade excepcional, gerando por essa via um factor de compensação (aumento) da lista de espera, que contrabalança o efeito de redução da lista de espera associado ao desenvolvimento de actividade extraordinária. O segundo factor está relacionado com uma potencial alteração

A informação sobre o número de pessoas em lista de espera não era recolhida de forma uniforme, havendo fundadas dúvidas sobre a fiabilidade dos valores reportados.

do factor clínico para inclusão de uma pessoa em lista de espera. Face a uma maior disponibilidade de recursos e a uma consequente maior capacidade para realizar intervenções, poderá ter existido uma resposta, em termos de procura, que tivesse por objectivo aproveitar essa capa-

cidade para tratamento de situações clínicas que anteriormente eram solucionadas de outro modo, com recurso a outras opções terapêuticas.

Não existe, na medida do meu conhecimento, uma análise da realidade passada que permita avaliar qual o significado efectivo de cada uma destas explicações potenciais, ou mesmo a identificação de outros motivos para o crescimento das listas de espera. Na verdade, a possibilidade de ocorrerem estes efeitos parece ter sido largamente ignorada na concepção dos programas dirigidos às listas de espera. Toda a discussão em torno desses programas esteve centrada no número de pessoas em listas de espera e na capacidade, ou não, em reduzi-la. Não foi produzida informação sistemática sobre os tempos de espera.

Mesmo a informação sobre o número de pessoas em lista de espera não era recolhida de forma uniforme, havendo fundadas dúvidas sobre a fiabilidade dos valores reportados.

A incapacidade de programas de fundos adicionais acabarem ou reduzirem, de forma substancial, as listas de espera não é especificidade nacional, encontrando-se evidência semelhante noutros países. São exemplo disso programas similares tentados em Espanha.

Em 2004, face à incapacidade detectada pelos programas anteriores, foi dado início a uma abordagem distinta, que começou a ser aplicada em 2005 nas

regiões de saúde do Algarve e do Alentejo: o SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia. Na sua essência, este é um sistema de informação que tinha como objectivo último a redução das listas de espera através de uma melhor gestão das mesmas e, logo, da actividade, aproveitando as possibilidades de referenciação cruzada entre instituições. Passou também a existir um tempo máximo de espera aceitável ao fim do qual o doente teria direito a ser operado noutro estabelecimento. A filosofia passou a ser a resolução da questão das listas de espera, por via da melhoria do desempenho dos hospitais da zona geográfica dos doentes.

Como todas as intervenções no plano dos sistemas de informação, o tempo de materialização dos seus resultados não é imediato. As transformações internas e os ganhos de eficiência de uma melhor gestão levarão, presumivelmente, alguns anos até se concretizarem totalmente. A análise realizada pelo Tribunal de Contas, ao fim de pouco mais de um ano, não encontrou ainda ganhos de eficiência dignos de registo.⁴

Numa intervenção abrangente é essencial a existência de um sistema de informação adequado, no qual se possa alicerçar uma capacidade de intervenção. O SIGIC corresponde a um esforço globalmente adequado nesse sentido. A melhor programação de actividade e conhecimento de situações proporcionado pelo sistema de informação contribui para uma melhor gestão de recursos e para uma maior capacidade de resposta do sistema de saúde. Porém, só por si, o sistema de informação não resolve as listas de espera. É necessário que o conhecimento e a informação proporcionados pelo sistema sejam complementados por um desenho do sistema de saúde que leve à sua utilização, no sentido de assegurar uma maior produtividade e produção.

A mudança do discurso político

A criação do SIGIC permitiu uma alteração notável na discussão (e percepção) do problema das listas de espera. A informação disponibilizada pelo SIGIC passou a dar, apesar de algumas deficiências que ainda persistiram, informação mais fiável sobre o número de pessoas inscritas em lista de espera, mas também sobre o tempo de espera até à intervenção.

A existência desse tipo de informação deslocou,

4 Tribunal de Contas, «Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC» (Relatório n.º 25/07 – 2.ª S, Processo n.º 50/05 – AUDIT.).

de forma quase imperceptível, a discussão do número de pessoas em lista de espera para o tempo mediano de espera (isto é, o tempo que o indivíduo da lista de espera terá ainda que aguardar até ser intervencionado). De um ponto de vista de eficiência e de desempenho do sistema de saúde, o tempo de espera até à intervenção é um indicador mais importante do que o número de pessoas em lista de espera.

A recentragem da discussão no tempo de espera permite focar a actuação pública e a atenção da sociedade na capacidade de resolução do problema. Actualmente, a apresentação de indicadores de listas de espera baseia-se no tempo mediano de espera, sendo claramente menos relevante do que o número de inscritos, e a tendência recente é para uma redução desses tempos médios de espera.

O SIGIC trouxe, assim, uma maior racionalidade à discussão do problema das listas de espera, desde logo pela informação que torna disponível sobre este aspecto. O aumento de inscritos para cirurgia ficou claramente desvalorizado face à evolução descendente do tempo mediano de espera.

Adicionalmente, os valores mais recentes parecem indicar uma redução quer do número de inscritos para cirurgia, quer do tempo mediano de espera. Embora não seja ainda possível discriminar os factores subjacentes, as análises já realizadas sugerem que o SIGIC terá tido um papel relevante.

A avaliação do SIGIC

O facto de o SIGIC ter sido introduzido em diferentes momentos nas várias regiões de saúde de Portugal continental permite uma análise comparativa, na qual os hospitais das regiões que adoptaram mais tardiamente o SIGIC funcionam como grupo de controlo face aos hospitais que iniciaram mais cedo a utilização do SIGIC.

Focando o SIGIC no tempo de espera até à realização da cirurgia, é natural que a sua avaliação se debruce, sobretudo, sobre este ponto do sistema. Apesar disso, a referência ao que se passa a jusante é útil, dado que tempos de espera crescentes para realização de consultas – seja em centro de saúde seja em consulta externa do hospital – significam menor pressão sobre a lista de espera para realização de cirurgia. Por outro lado, se os critérios clínicos nesses outros pontos prévios de contacto do doente com o sistema de

saúde, levarem à procura de alternativas de tratamento, então também menor pressão será sentida sobre as listas de espera cirúrgicas. Note-se que, em estado estacionário, a dimensão da lista de espera para as consultas de cuidados primários e de consultas ex-

ternas (ou de especialidade), não afecta a lista de espera para cirurgia (já que em estado estacionário, o número de novos pedidos de consultas que pode dar origem a cirurgia, iguala o número de novas indicações para cirurgia).

O impacto do SIGIC foi avaliado em diferentes dimensões, abrangendo, por exemplo, os aspectos de organização

Uma análise completa dos efeitos do SIGIC, em termos de impacto sobre os hospitais, obriga a que se investiguem as três áreas: qualidade, eficiência financeira (ou de custos) e eficiência produtiva.

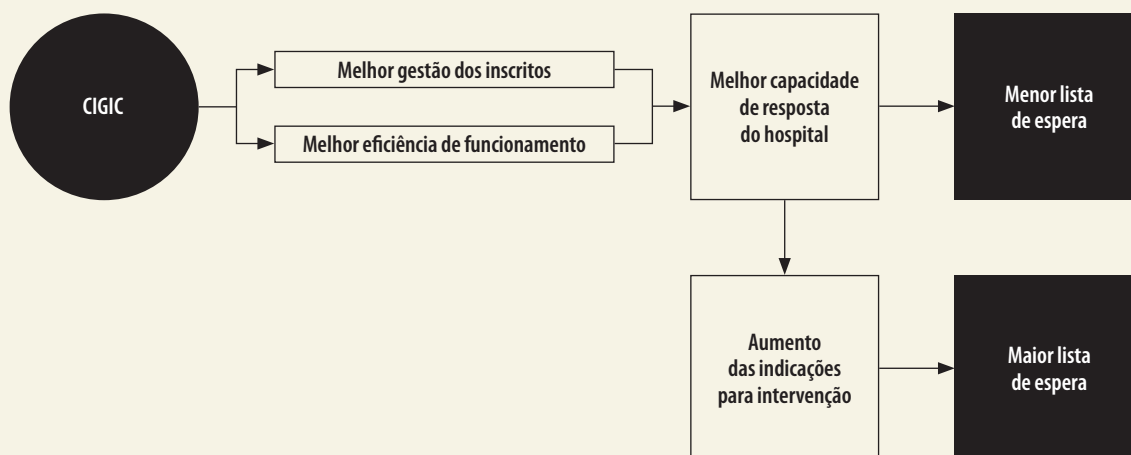
do doente ou os efeitos agregados em termos de produtividade e de eficiência de custos, de acordo com o esquema da Figura 2.

Para além dos aspectos de chegada de doentes à lista de espera, são relevantes os aspectos de eficiência na realização das cirurgias: quanto maior for a eficiência, maior será o número de pessoas tratadas num mesmo espaço de tempo, o que permitirá reduzir, para igual número de pessoas em lista de espera, o tempo de espera para intervenção. Dentro da maior capacidade de resposta do hospital, podemos contemplar pelo menos três dimensões importantes: eficiência produtiva, eficiência financeira (ou de custos) e qualidade.

Uma análise completa dos efeitos do SIGIC, em termos de impacto sobre os hospitais, obriga a que se investiguem as três áreas: qualidade, eficiência financeira (ou de custos) e eficiência produtiva.

As principais conclusões obtidas pela análise realizada, quanto aos efeitos do SIGIC, indicam que nos anos 2005 e 2006 se registou uma evolução comum a todos os hospitais, não sendo identificável um factor específico que seja a principal explicação da redução do tempo de espera. Em particular, a redução dos tempos de espera parece estar, em parte, associada a ganhos de eficiência, embora não seja, no contexto da informação actualmente disponível, discernível

Figura 2: Efeitos do SIGIC sobre as listas de espera



em que medida uma menor procura ou uma alteração da prática médica de referência terá contribuído para um menor número de pessoas em listas de espera. Por seu lado, os hospitais mais eficientes, no sentido de um menor custo unitário por cirurgia realizada, têm menores listas de espera e menores tempos de espera para intervenções cirúrgicas, já que é reflexo de uma melhor capacidade operacional. A eficiência de custos da instituição é relevante para a obtenção de um menor tempo de espera para cirurgia. Após a adopção do SIGIC, os hospitais aparentam uma maior capacidade para reduzir o número de pessoas em lista de espera e são tratadas mais rapidamente as situações com tempo de espera relativamente mais baixo (de entre os casos de tempo de espera acima de 90 dias). Encontrou-se o resultado esperado de os hospitais com maior percentagem de cirurgias programadas terem melhor desempenho.

Em termos financeiros, a introdução do SIGIC não se traduziu, no período de tempo considerado, num menor custo unitário de intervenção cirúrgica. Não foram detectados ganhos de eficiência em termos de custos que possam ser associados à presença do SIGIC. Em termos de produtividade física do bloco operatório, não há evidência de um aumento dessa produtividade física que esteja sistematicamente associada com a implementação do SIGIC. Os indicadores de qualidade técnica indicam um efeito favorável associado com a adopção do SIGIC, já que apesar de os hospitais do grupo de controlo terem melhores

indicadores de qualidade técnica face aos hospitais que mais cedo adoptaram o SIGIC, a diferença entre os dois grupos tem vindo a decrescer.

Conclusão

Em suma, depois do fracasso de intervenções públicas iniciais baseadas no aumento da capacidade de resolução de listas de espera, via disponibilização de mais recursos, em que o cerne da discussão pública estava no número de pessoas em listas de espera, passou-se, com a criação do SIGIC, para uma filosofia de aumento de produtividade do sistema de saúde, passando o enquadramento da discussão pública para o tempo mediano de espera. Esta transformação, apesar de pouco notada, constituiu uma mudança notável na discussão pública e na política sobre as listas de espera para intervenção cirúrgica. Os passos mais recentes neste campo foram (i) a publicação da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde»,⁵ que estabelece tempos máximos de resposta garantidos e os direitos dos utentes à informação sobre esses tempos, e (ii) a actualização do regulamento do SIGIC,⁶ incorporando várias preocupações e sugestões sugeridas para a sua melhoria, mas sobretudo reafirmando e reforçando os seus princípios. Com a divulgação regular, no futuro, de informação sobre os tempos de espera, conforme preconizado na Carta de Direitos, encerra-se, em larga medida, a utilização das listas de espera como instrumento de luta política. ■

5 Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto.

6 Portaria 45/2008, de 15 de Janeiro.

Director

Paulo Gorjão

Director-adjunto

João Domingues

Conselho Editorial

António Costa Silva | Fernando Adão da Fonseca | Francisco Seixas da Costa
Luís Pais Antunes | Miguel Morgado | Nuno Garoupa | Paulo Gorjão | Vítor Bento

Design Gráfico

João Ribeiro Soares

Media Partners



Apoios Institucionais

