



PRESIDENTE

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
Telef. 218 427 100 Fax 218 427 199
1749-084 LISBOA

*Requ. de
audiência
e
comite par.
o 75º aniversário
da O.M.*

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA	
Divisão de Apoio às Comissões	
CS	
Nº Único	<u>473 974</u>
Entrada/Série n.º	<u>440</u> Data <u>07/09/2013</u>

Exm^a. Senhora
Dr^a Maria Antónia Almeida Santos
Dign^a Prersidente da Comissão de Saúde da Assembleia da
República

Nossa referência

Data

ms / 2013 / 7874

2013.08.16

Assunto: **Pedido de Audiência**

Exma Senhora Dra.,

O ano em que comemora os 75 anos da sua constituição formal deveria ser, para a Ordem dos Médicos, motivo de júbilo, regozijo e festa. Infelizmente, são bem fortes os motivos que nos impõem sentimentos menos positivos e de grande preocupação com o futuro.

Entre os múltiplos motivos da inquietação da Ordem dos Médicos, estão:

- O excessivo pendor concentracionista no SNS, sem quaisquer estudos que avaliem o impacto financeiro e na acessibilidade dos Doentes aos Serviços de Saúde, que tem como manifestação mais recente a Urgência Metropolitana Nocturna de Lisboa, em que, com base em argumentos inverdadeiros e com um inusitado secretismo, se prepara a concentração das urgências de algumas especialidades médicas numa única urgência saltitante que servirá mais de três milhões de pessoas (anexo 1).
- Os concursos fechados para jovens especialistas, a que só alguns podem concorrer, que a Provedoria de Justiça já considerou completamente ilegais e que são insuportavelmente injustos, mas que o Ministério da Saúde insiste em continuar a realizar.
- A Demografia Médica, a nova realidade da emigração de especialistas, a empregabilidade cada vez mais difícil e precária, o excesso de médicos a curto prazo e os 15% de vagas para licenciados.
- A legislação do licenciamento, com exigências que se aplicam apenas ao sector privado e não ao sector social ou ao sector público, em que as pequenas Unidades Privadas Prestadoras de Serviços de Saúde são obrigadas a cumprir regras semelhantes aos grandes hospitais privados, o que tem levado ao encerramento de um sem número de consultórios médicos, com prejuízo das populações.



PRESIDENTE

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
Telef. 218 427 100 Fax 218 427 199
1749-084 LISBOA

- A recente alteração do regime das Convenções, que irá acabar com os pequenos e médios prestadores de cuidados de saúde, concentrando todos os recursos nas mãos de dois ou três grandes grupos privados, destruindo a concorrência do sector, reduzindo a Qualidade e afastando os recursos médicos das populações (anexo 2).
- Através das duas medidas anteriores está a ser imposta uma reengenharia forçada da medicina privada, que irá concentrar progressivamente todos os recursos privados nas mãos de dois ou três grandes grupos económicos, capturando o Estado, fomentado o desperdício e gerando graves danos sociais, humanos e financeiros. Nos Estados Unidos calcula-se que esta forma de fazer medicina seja responsável por um desperdício anual de 640 mil milhões de dólares (anexo 3).
- O incumprimento do memorando da Troika quanto ao estímulo à formação de USFs modelo B, estando a reforma dos Cuidados de Saúde primários em suspenso, com graves prejuízos para as populações.

Poderíamos continuar a enumerar problemas.

Excelência,

Por ocasião das suas Bodas de Diamante, a Ordem dos Médicos gostaria de solicitar a oportunidade de apresentar cumprimentos a V. Exa, de a convidar pessoalmente para a cerimónia comemorativa do 75º aniversário da Ordem dos Médicos e de ser recebida em audiência pela Comissão de Saúde da AR para dialogar sobre os problemas elencados, que consideramos de elevada importância para o País e para os Cidadãos portugueses, pelo que são suficientemente relevantes para merecerem um olhar particular e atento por parte de V. Exa e dos Deputados da distinta Comissão de Saúde.

Seria particularmente marcante e uma imensa honra para a Ordem dos Médicos poder ser ouvida por V^{as}. Exas.

Com os mais respeitosos e cordiais cumprimentos, *personais e institucionais,*

O Presidente

Prof. Doutor José Manuel Silva

Anexo 1: statement da Ordem dos Médicos sobre a Urgência Metropolitana de Lisboa
Anexo 2: Posição da Ordem dos Médicos sobre a proposta de Lei das Convenções
Anexo 3: artigo do New England Journal of Medicine



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

Urgência metropolitana noturna de Lisboa

A Ordem dos Médicos encara com grande preocupação a concentração das urgências noturnas de Lisboa, sem que sejam publicamente conhecidas as razões da mesma, sem que tenha sido publicado nenhum estudo a fundamentar essa concentração, sem avaliar as consequências da mesma para os doentes e sem que a Ordem dos Médicos tenha sido envolvida.

A Ordem dos Médicos reafirma-se favorável a um grau adequado de reorganização das urgências, com base em argumentos técnicos, o que não pode aceitar é que esta não seja transparentemente discutida e analisada com os médicos, com as associações de doentes e com as autarquias.

Alegadamente, na base da organização desta nova urgência esteve o número insuficiente de médicos disponíveis e o pequeno número de utentes atendidos nesse período. Ora, estes dados não foram divulgados, para que pudessem ser honestamente confirmados. São, por conseguinte, de duvidar.

Pelo menos no que ao número de médicos diz respeito, com base nos dados disponíveis a Ordem dos Médicos considera que a alegação é inverdadeira.

Efectivamente, numa resposta ao Grupo Parlamentar do PCP, reproduzida na imprensa, no final de 2012 eram 25.771 os médicos que trabalhavam no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Destes, 7.031 eram internos e 18.740 médicos especialistas. O ministério de Paulo Macedo diz que se registou um acréscimo de 55 internos e de 2.713 especialistas face ao número de médicos a trabalhar no SNS em 2006. Se o número de médicos aumentou, se estão a ser abertas vagas para centenas de jovens médicos e se já se verificou o encerramento de urgências na região de Lisboa, como a urgência do Hospital Curry Cabral, que compensa a nova urgência de Loures, não se entende como se pode alegar falta de médicos para esta concentração das urgências noturnas em Lisboa.

Aliás, é estranho que se alegue a falta sazonal de recursos humanos e a pseudo-reforma seja implementada já no final da época de férias! O que significa que esta não é a verdadeira razão.



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

Quanto a dados estatísticos em Saúde, recentemente, numa medida de inacreditável censura, o Ministério da Saúde publicou o Despacho n.º 9635/2013, que proíbe a divulgação de dados sem o prévio visionamento do Diretório de Informação em Saúde da Direção de Serviços de Informação e Análise da DGS, mais conhecido pela Lei do Diretório do Lápis Azul. No portal da DGS, os dados estatísticos mais recentes sobre a actividade hospitalar, e mesmo assim agregados, são de 2010! No portal da ACSS, as Estatísticas mais recentes relativas ao movimento assistencial dos Hospitais Centrais, Distritais, de Nível 1 e Centros de Saúde datam de 2005! Quanto à monitorização mensal dos principais dados de actividade, desempenho assistencial e económico-financeiro das entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) também são dados agregados não permitindo, por exemplo, saber quantas cirurgias urológicas de urgência se fazem em Lisboa durante a noite.

Ou seja, sem a divulgação atempada das verdadeiras e discriminadas estatísticas assistenciais de urgência da região de Lisboa, o Ministério da Saúde pode manipular facilmente toda a informação libertada para procurar convencer a comunicação social e a população da alegada bondade e necessidade das suas medidas. Omitindo e faltando à verdade.

A Ordem dos Médicos também recorda que a Grande Lisboa tem o dobro dos habitantes do Grande Porto, pelo que as soluções têm de ser adequadas à demografia de cada região, o que não parece que esteja a ser feito.

Neste cenário de enorme falta de transparência, a Ordem dos Médicos considera que as razões da reengenharia das urgências de Lisboa (não se trata de nenhuma reforma!) se devem exclusivamente a motivos financeiros (mal avaliados!), sem qualquer preocupação e estudo das consequências para os doentes urgentes, que vão ser prejudicados perante a insensibilidade dos responsáveis da Saúde da ARS-LVT.

Por exemplo, qual a capacidade das instituições que vão receber essa urgência concentrada para responder ao dobro das necessidades? Há espaço físico suficiente? Serão disponibilizados recursos técnicos e humanos conforme as novas necessidades (chegou ao nosso conhecimento que tal não irá acontecer)? As equipas serão adaptadas às novas realidades e necessidades? O grau de “poupança” justificará os riscos acrescidos para os doentes? Alguém analisou as dificuldades organizacionais e de orientação de doentes decorrentes do facto de algumas urgências saltitarem mensalmente de hospital e hospital?

Porque não foram todas estas matérias devidamente estudadas e publicamente escrutinadas? O que se pretende esconder?



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

Como é possível tomar medidas desta gravidade e impacto sem estudos prévios e públicos?

Quem assumirá as responsabilidades das inevitáveis consequências negativas para os doentes?

De acordo com critérios técnicos e tendo em conta questões demográficas, vão ser mantidas pelo menos duas Urgências Polivalentes na região da Grande Lisboa, pelo menos uma em cada margem do rio Tejo? Menos do que este limiar mínimo, é inaceitável e tecnicamente errado.

Relativamente a um documento que informalmente chegou à Ordem dos Médicos, já alguns Colégios da Especialidade manifestaram as suas preocupações com as previsíveis consequências, que aqui transmitimos publicamente, pois a ARS-LVT e o Ministério da Saúde não se manifestaram interessados nestes pareceres. Alertamos os Doentes e os potenciais Doentes para que se pronunciem.

Parecer do Colégio de Neurologia

“A criação de urgências regionais de neurologia tem particularidades e riscos.

Depois de analisada toda a informação disponível sobre a criação da Urgência Metropolitana de Lisboa, alerta-se para o seguinte:

1. A listagem de emergências neurológicas emitida pela ARS-LVT tem dois problemas:
 - a. É redutora, esquecendo por exemplo as síndromes neurológicas focais de etiologia indeterminada, as infeções complexas do sistema nervoso central, as paraparésias agudas, as cefaleias agudas, além da febre, do coma ou da deterioração do conteúdo da consciência não atribuíveis a causa sistémica ou metabólica;
 - b. Presume que os diagnósticos aleatoriamente escolhidos (AVC, síndrome de Guillain-Barré, crise miasténica, estado de mal epiléptico) precedem a intervenção do neurologista; na verdade o grande risco é que os cidadãos com estas síndromes não cheguem a ter o direito sequer ao diagnóstico sindromático correto.
2. As falhas de alguns diagnósticos podem não ter consequências imediatas, não sendo notadas, nem causando escândalo público (por exemplo, acidente isquémico transitório, hemorragia subaracnoideia); no entanto, as consequências a prazo poderão ser catastróficas.



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

3. Ao contrário de especialidades em que há experiências de concentração regional (urologia, psiquiatria, oftalmologia, pediatria), os critérios de recurso a uma urgência de neurologia não são fáceis de identificar por leigos (doentes, familiares), triadores ou mesmo por alguns médicos. Raramente um doente “neurológico” agudo se desloca ao SU para ser observado por neurologia, acabando por ser reencaminhado para o neurologista após observações de outras especialidades;

4. Os doentes raramente são apenas “neurológicos”; as doenças sistémicas têm muitas vezes complicações neurológicas associadas; os internistas necessitam frequentemente que sejam excluídos diagnósticos neurológicos nos seus doentes;

5. Os doentes neurológicos internados necessitam de vigilância especializada;

6. O tratamento agudo do AVC exige rapidez, conhecimento e decisão, devendo ser garantido preferencialmente por neurologistas;

7. A observação e orientação de alguns doentes neurológicos são demoradas, quer pela necessidade de execução sequencial de exames complementares, quer pela vantagem em testemunhar a evolução do quadro clínico ou a resposta terapêutica. Será viável a saída de turno do neurologista às 20 horas? Quem assumirá os doentes neurológicos que estão no circuito de diagnóstico ou tratamento? Por razões éticas o neurologista não poderá abandonar os doentes. Mas, é injusto que se fixe um horário de saída que se sabe de antemão que não poderá ser cumprido. Portanto, o horário oficial de saída do neurologista não poderá coincidir com o horário de encerramento da admissão de doentes, devendo haver um desfasamento de pelo menos 2 horas.

O trabalho de racionalização da rede de SU deverá ser feito cuidadosamente, ouvidos os Diretores de Serviço de Neurologia das instituições envolvidas.”

Parecer do Colégio de Urologia

“Existem no entanto algumas propostas que não parecem realistas e, sobretudo, vários pressupostos que importa assegurar.

O pressuposto básico de uma urgência metropolitana alternando mensalmente entre duas instituições, se bem que aparentemente seja o mais justo para os profissionais de cada uma delas, será forçosamente criador de uma situação de instabilidade e confusão entre a população. Não havendo outra alternativa parece, à partida, que a escala proposta para o



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

hospital primário, de dois elementos, é manifestamente insuficiente. Assumindo uma duplicação do trabalho que corresponderá à junção das duas grandes urgências numa só e considerando que a urologia é uma especialidade cirúrgica, não parece aceitável que sempre que os dois elementos estejam envolvidos na realização de uma cirurgia não reste qualquer elemento que possa acorrer a uma urgência.

Por outro lado, no polo “em prevenção” tanto pela prevenção ao trauma grave já prevista no documento como especialmente pela necessidade de assistência médica aos doentes internados no Serviço (ambos os polos têm Serviços de Internamento em Urologia com movimento cirúrgico significativo) serão necessários, no mínimo, um elemento em presença física e um segundo em prevenção. Não parece portanto que o saldo em termos de recursos humanos apresente significativas vantagens em relação à situação actual com duas urgências em permanência.

O documento é omissivo em relação ao reforço das estruturas físicas de ambos os hospitais, visto que se pretende que a urgência metropolitana funcione alternadamente entre eles. A título de exemplo, no Hospital de Santa Maria existem afectas à urgência duas salas de operações, uma distribuída à Cirurgia Geral e outra para todas as restantes especialidades cirúrgicas, existindo uma possibilidade de abertura de uma terceira sala em caso de emergência que é no entanto muito condicionada por várias carências, nomeadamente de pessoal. Já na conjuntura actual é por vezes extremamente difícil a gestão desta sala face às necessidades de todas as especialidades cirúrgicas, sendo os doentes da especialidade de urologia muito frequentemente adiados em função de outros casos mais urgentes de outras especialidades. Seria completamente irrealista sequer considerar a hipótese de duplicar o número de doentes a tratar por estas especialidades sem um reforço muito significativo tanto do número de salas de operações como, no caso particular da Urologia, em material cirúrgico, nomeadamente endoscópico.

Em conclusão, a proposta apresentada parece positiva no que diz respeito ao envolvimento do maior número possível de urologistas, dos diferentes hospitais da área de influência, na prestação de Serviço de Urgência nocturna. Apenas se lamenta neste ponto que tenham sido excluídos, por força do contrato, os 3 hospitais em parceria público-privada que continuam, no entanto, a referenciar os seus doentes para a urgência metropolitana para que não contribuam.

Já no que diz respeito à criação de apenas um polo de urgência em permanência os inconvenientes tanto para o funcionamento de qualquer das duas unidades como,



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

especialmente, para os doentes parecem superar largamente os escassos e duvidosos benefícios em termos de poupança de recursos humanos, conforme explanado acima.”

Parecer do Colégio de Cirurgia Maxilo-Facial

“Conforme resposta dada à solicitação do Sr. Bastonário em agosto de 2012, para comentarmos a “Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência”, consideramos, então, como hoje, imprescindível que a prestação de serviço de urgência de Cirurgia Maxilofacial seja efetuada exclusivamente por especialistas da própria especialidade, para garantir o superior interesse da população.

Esta direção alerta que no CHLN,EPE não existe a especialidade de Cirurgia Maxilofacial, pelo que a solução para essa situação, sempre na ótica da obrigatoriedade da existência desta especialidade nos SUP/CT, carece de um esforço adicional de adaptação institucional para solucionar esse aspeto.”

Parecer do Colégio de Cirurgia Plástica

“Tem a Comunicação Social veiculando notícias sobre uma iminente reorganização dos Serviços de Urgência Politrauma da Área Urbana de Lisboa com encerramento durante o período nocturno dessa vertente de trabalho pelo menos num dos 3 Centros que actualmente prestam assistência aos Politraumatizados no Sul do País não sendo exactamente claro se este encerramento se estenderá também a outro Centro Hospitalar.

O primeiro comentário prende-se com a funcionalidade actual dos Serviços de Urgência, que tem sido boa, ultrapassando as limitações em recursos humanos com uma gestão de pessoal adequada, graças aos esforços conjugados das Direcções de Serviço de Cirurgia Plástica dos três Centros Hospitalares que têm entre si excelentes relações pessoais e institucionais e uma profícua prática de articulação informal, não justificando, por si só, qualquer alteração do esquema existente.

O segundo comentário prende-se com os aspectos económicos e, de acordo com um cálculo de que tive conhecimento officiosamente, o ganho acumulado resultante do encerramento desta e das valências de Cirurgia Vascular e Gastro envolvidas na reorganização referida é residual... num dos centros envolvidos rondaria, pasme-se, cerca de 60 mil euros/ano...

Seja como for, só o natural e indispensável reforço de equipas de especialidade no ou nos Centros Hospitalares que permanecem abertos, sem falar nas despesas envolvidas com o



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

transporte e circulação de doentes entre instituições resultante da necessidade técnica e deontológica de manter a assistência em pós-operatório pelas equipas deslocadas que asseguraram a terapêutica vai arrastar uma despesa incomparavelmente maior.

Isto dito cumpre chamar a atenção para o prejuízo dos Cidadãos que é inevitável...

Numa das Instituições atingida pelo projecto de encerramento, as intervenções em Urgência de Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial sob Anestesia Geral foram 423 entre Janeiro e Dezembro de 2012, a que acresce um número bem maior de intervenções em Ambulatório de Urgência que os Sistemas de Gestão das Urgências são incapazes de registar... os atendimentos urgentes desta especialidade no SU desta Instituição rondaram neste período 2800 .

Por outro lado, a ruptura de assistência no período nocturno levará ao adiamento provável por mais de 24 horas do tratamento de um número indeterminado de doentes com prejuízo grave para o seu conforto mas pior, para o prognóstico clínico, acarretando acumulação de trabalho a montante e, a jusante, um risco de distorções na rentabilidade da actividade de rotina dos Serviços.... Poderia ser escalpelizado o conjunto de razões que a isto obrigam... mas, neste contexto, basta que se refira o facto como inevitável.

Abordado em tempos este modelo no âmbito de Reuniões com a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, os Directores dos Serviços de Cirurgia Plástica da área Urbana de Lisboa produziram um documento de reflexão entregue que aponta ainda vários problemas, conhecedores profundos da realidade assistencial, logística e organizativa dos Hospitais e da visão global do panorama da assistência da Especialidade no país.

Decerto que, pesado o deve e o haver desta alteração e porque nem sempre mudar é bom e nem sempre concentrar é racional económica e funcionalmente, não parece que o esquema ventilado na Comunicação Social traga outra coisa que prejuízos económicos, funcionais e assistenciais tornando-o irracional.”

CNE da OM, Lisboa, 15 de Agosto de 2013



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

Exmo. Senhor
Ministro da Saúde

Lisboa, 12 Agosto 2013

Assunto: Parecer sobre o projecto de decreto-lei que estabelecerá um novo regime jurídico das convenções com o SNS

Correspondendo ao solicitado pelo Ministério da Saúde sobre o assunto em epígrafe, somos a informar a apreciação que o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos sobre ele faz.

Considerações preambulares

As Convenções existentes desde há muitos anos desempenham um papel fundamental, reconhecido e imprescindível no suprimento de carências do SNS, apenas tendo pecado por não serem de adesão livre e aberta, cumpridos os pressupostos legais em vigor.

Têm um valor único numa lógica de acessibilidade e proximidade aos cuidados de saúde, insuperável em algumas zonas, nomeadamente junto de populações mais desfavorecidas, fora dos grandes centros urbanos ou com dificuldades da mobilização.



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

Os custos a elas inerentes e a fixação de preços sempre foram controlados e regulados pelo Estado e pelo poder político da forma que melhor entenderam.

Assim sendo, sempre foram cumpridos os princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência pela Qualidade, aos quais se acrescenta a insuperável mais-valia que é a medicina de proximidade para as populações, sem que no caso em apreço represente maiores custos directos para o Estado, mas sim e apenas para os prestadores.

Existem por isso múltiplas entidades convencionadas que, na sequência da sua actividade de longos anos, criaram estruturas significativas, geraram empregabilidade local e regional importante, assumiram investimentos vultuosos e prestam cuidados de qualidade que não podem, hipoteticamente e de forma discricionária, ser aniquilados num prazo de um ano, conforme se induz do citado Projecto. Para estes deve ser assumido um prazo obrigatoriamente mais longo e regras que os protejam em função de toda a actividade e custos/investimentos dispendidos no passado, com o enquadramento legal que estava em vigor, devendo ser muito clara e não superficialmente generalista a regulamentação que os impeça de continuar os citados cuidados.

Numa verdadeira Democracia respeitadora dos cidadãos, as regras não podem ser subitamente alteradas sem quaisquer preocupações pelas consequências humanas, sociais e empresariais decorrentes dessas alterações.

Como (ainda) é

1. Desde 1998, o estabelecimento de contratos de convenção – doravante designados, simplesmente, “convenções” – entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os prestadores privados de cuidados de saúde aos seus utentes tem obedecido ao regime jurídico estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril. Da sua leitura não é difícil apercebermo-nos das linhas orientadoras que



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

presidiram à sua elaboração. Para efeitos deste parecer, as mais relevantes são, em súmula, as seguintes:

- a) Foi considerado particularmente desadequado o modelo de concurso público para a celebração de convenções no sector da saúde, sendo consagrada uma ponderação mais qualitativa do que quantitativa, sustentada no princípio da livre escolha do utente face a prestadores devidamente credenciados (do preâmbulo);
- b) Esta orientação é concretizada através da livre adesão dos prestadores credenciados interessados a um clausulado tipo definido pelo Ministro da Saúde (artigos 3.º e 4.º). Desse clausulado tipo, decretado pelo pagador e não pelos prestadores, sublinhe-se, constam os actos abrangidos e os respectivos preços;
- c) Deste clausulado uniforme e universal para cada tipologia de serviço de saúde a prestar resulta, ainda, uma livre escolha para o utente do SNS dependente da qualidade e acessibilidade do serviço prestado e não do seu custo;
- d) É enunciada a intenção de garantir a segurança do investimento do sector privado e de lhe criar condições de estabilidade (do preâmbulo);
- e) Nesse sentido, o artigo 8.º estabelece que as convenções são válidas por períodos de cinco anos, renovando-se automaticamente por iguais períodos, salvo se, com a antecedência mínima de seis meses em relação ao termo de cada período de vigência, qualquer das partes resolver o contrato.

Como seria (?)

- 2. Ora, com o projecto de decreto-lei agora apresentado pelo Ministério da Saúde, pretende o Governo estabelecer um novo regime jurídico das convenções com o SNS, alterando e adulterando profundamente os princípios basilares, acima descritos, que enformam o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, ainda não revogado.

Com efeito,



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

3. Este novo projecto propõe-se, designadamente:
- a) Instituir dois modelos de procedimentos para a celebração de contratos de convenção: um *primeiro*, para uma convenção específica [alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º], destinado a mercados com baixo grau de concentração ou com concorrência significativa (preâmbulo) e que se regerá pelas regras estabelecidas no Código dos Contratos Públicos (n.º 4 do artigo 4.º); e um *segundo*, de natureza excepcional, que se processa através da adesão a um clausulado-tipo previamente publicado [alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º] e que se destinará a mercados com graus de concorrência reduzidos (preâmbulo);
 - b) Criar, quanto à extensão do território abrangido pelo contrato de convenção, um modelo de âmbito nacional e outro de âmbito regional (preâmbulo, n.ºs 2 e 3 do artigo 3.º), sendo o último afastado pela existência de um outro de âmbito nacional (n.º 4 do artigo 3.º);
 - c) Estabelecer como preços máximos a pagar no âmbito das convenções os constantes na tabela de preços do SNS (n.º 1 do artigo 7.º) e indexar padrões de qualidade ao financiamento [alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º];
 - d) Reduzir o prazo de validade das convenções para 3 anos e o da sua denúncia para 90 dias antes do final de cada período de vigência (n.º 1 do artigo 11.º);
 - e) Os contratos de convenção vigentes à data de entrada em vigor do decreto-lei agora projectado cessarão passado um ano sobre aquela data (n.º 1 do artigo 16º), sem cuidar de investimentos feitos e legítimas expectativas existentes;
 - f) Os preços podem ser revistos anualmente (n.º 2 do artigo 11.º).
4. Numa primeira apreciação genérica, e deixando de lado os aspectos respeitantes à qualidade técnica legislativa porque, para tanto, nos falta a competência para o fazer, diremos que, da leitura deste projecto de diploma, se evidenciam os seguintes aspectos:



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

- a) Sem uma Lei de Licenciamento justa e de aplicação eficaz e equilibrada torna-se impossível e inaplicável o que é proposto neste projecto de diploma (já que a condição basilar para o estabelecimento dos contratos é o das unidades estarem licenciadas)
- b) Várias das disposições enunciadas – desde logo no preâmbulo e, depois, no articulado – são vagas e não sujeitas à definição dos termos utilizados nem dos critérios de aplicabilidade, abrindo, por essa via, as portas ao livre arbítrio e à discriminação não fundamentada.

É o caso do âmbito geográfico das convenções e o das modalidades para o procedimento de contratação. Ambos constam do preâmbulo mas, no articulado, surgem como se já estivessem instituídos. O articulado não contempla a definição dos termos nem os critérios para a sua aplicação.

Fica-se sem se saber quais são as convenções que terão âmbito nacional ou regional. Desde logo, não é claro o significado de ‘convenções de âmbito nacional’: o conceito refere-se ao estabelecimento de um clausulado-tipo a ser aplicado em todo o território ou ao estabelecimento de um contrato de convenção com um ou mais prestadores que assumirão a cobertura em todo o país?

Esta falta de clareza resulta de, na prática actual, as convenções obedecerem a um clausulado-tipo aplicado em todo o território continental mas são estabelecidas com as Administrações Regionais de Saúde. São de âmbito nacional ou regional?

Estabelece-se que a contratação de convenções de âmbito nacional afasta as de âmbito regional (n.º 4 do artigo 3.º), mas não se esclarece o que sucede às últimas que tenham sido estabelecidas antes da primeira.

Também não é claro quais as convenções que ficarão sujeitas a um procedimento concursal ou as que se processarão por mera adesão. Não se caracteriza um ‘mercado com baixo grau de concorrência’, ou o que é ‘concorrência significativa’ ou um ‘mercado com grau de concorrência reduzido’. Quem, ou quê, os define?



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

São valores já estabelecidos? Quais são eles? São avaliados pelo índice de Herfindahl Hirschman ou por um outro? É a Lei n.º 18/2003, de 11 de Junho (“lei da concorrência”)? É a Autoridade da Concorrência? É o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) publicado em Maio do corrente ano intitulado ‘Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor Convencionado com o SNS’? Ou, afinal, será o Governo que, na ausência de critérios claros e pré-definidos, o decidirá discricionariamente em cada momento, conforme cada interesse circunstancial e para cada convenção?

- c) O Governo tenciona subalternizar e fragilizar os prestadores convencionados. Desde logo, pelas indefinições referidas na alínea anterior. Depois, pela precarização dos contratos de convenção – reduzindo o seu prazo de vigência de 5 para 3 anos, encurtando o período para a sua denúncia de 180 para 90 dias antes do termo de cada período de vigência e, por fim, reclamando para si o discricionário e plenipotenciário poder de rever anualmente os preços sem que, antecipadamente, defina os modelos e os critérios para o fazer.

E, assim, adultera o sentido e a ética que, entre contraentes, deve presidir ao estabelecimento de um contrato. Reclama para si o poder de, unilateralmente, alterar as cláusulas contratuais durante o período de vigência do acordo sem, sequer, admitir a renegociação com o outro contraente;

- d) É inacreditável que o Governo, que já efectua os seus pagamentos sempre com insuportáveis atrasos, declare na legislação a sua intenção de não honrar os contratos de convenção que subscreveu e que se prolongariam para lá do período de um ano após a data de entrada em vigor do diploma em projecto, assim impedindo qualquer planeamento empresarial minimamente consistente. Este Projecto estabelece extensamente as obrigações dos contratados mas o legislador esqueceu-se de elencar as obrigações do contratante, como sejam os prazos para liquidação das facturas.



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

5. A aplicação das novas “regras” que o Governo pretende implementar para a contratação de entidades privadas para a prestação de serviços de saúde, em regime de “convenção”, conduziria aos seguintes efeitos:
- a) Com a nova norma jurídica estaria criado um ambiente económico que conduziria à fragilização dos prestadores convencionados actuais e geraria barreiras intransponíveis ao aparecimento de potenciais novos prestadores – resultante da inexistência de uma definição rigorosa do modelo jurídico a aplicar e da imprevisibilidade no critério adoptado pelo decisor político na aplicação das novas “regras” instituídas, da previsível quebra das margens de lucro operacional, do anunciado incumprimento dos contratos vigentes, do encurtamento do tempo de duração dos contratos e, conseqüentemente, da maior dificuldade (ou, mesmo, impossibilidade) em gerar excedente económico suficiente para amortizar os investimentos (de substituição ou de expansão) efectuados, sobretudo nas áreas em que eles atingem montantes mais significativos, do seu afastamento da intervenção negocial para o estabelecimento dos preços, da sua total dependência de um novo poder discricionário do Governo e, portanto e em suma, da ausência de segurança e de confiança que, deliberadamente, esta Administração pretende inculcar-lhes. Esta fragilização conduzirá inexoravelmente ao encerramento de muitos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde e à ausência de novos investimentos nesta área, designadamente entre os prestadores de menor dimensão.

Com esta medida, o Ministério da Saúde manteria e endureceria a política que tem vindo a conduzir à destruição da rede assistencial privada e convencionada baseada em pequenos e médios prestadores concorrenciais e de proximidade.

- b) Ao contrário do que o Ministério da Saúde tem vindo a tentar fazer crer sobre o seu combate à concentração nas áreas convencionadas onde predominam os grandes prestadores – que, em grande parte, são detidos por capitais estrangeiros ou multinacionais –, este projecto de decreto-lei, se vier a ser promovido a diploma legal, terá um efeito diametralmente oposto. Favorecerá um



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

agravamento da concentração nos mercados, afastará os recursos dos doentes, com prejuízo dos mais desfavorecidos, reduzirá a concorrência e permitirá a cartelização dos preços, com captura do Estado, desde logo contrariando dois dos princípios que o DL protesta defender, os princípios da equidade e da concorrência.

Não é necessário ser-se economista ou político para entender que os grandes prestadores, detentores de elevada capacidade económica e financeira, terão muito maior capacidade para enfrentar as dificuldades que se adivinham do que os operadores de menor dimensão. Não só as suportarão como poderão, até, vir a utilizá-las para adquirir a baixo custo os seus concorrentes de menor dimensão que não conseguirão vencê-las. Nem sequer serão afectados pela transitória menor rentabilidade de uma ou outra das unidades adquiridas. Pelos mecanismos de economia de escala, essa menor rentabilidade pontual será diluída pelos seus proventos globais. E, se não derem lucro, encerrá-las-ão e manterão, impassivelmente, a sua actividade, sem qualquer preocupação com os “clientes”.

Quanto aos pequenos prestadores, o encerramento da unidade que exploram, por perderem um concurso, significa a sua insolvência definitiva e retirada do mercado, com todos os prejuízos daí inerentes.

- c) A introdução do procedimento concursal para encontrar o preço que irá governar os contratos de convenção com prestadores de serviços de saúde é mais uma aberração que, porém, prossegue com a linha-mestra destruidora que orienta a política para a Saúde deste Governo.

Ao invés da filosofia espelhada no diploma que anteriormente regulava o estabelecimento de convenções (Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril) – «é particularmente desadequado o modelo de concurso público para a celebração de convenções no sector da saúde» –, este Governo decreta que os tempos são outros e que *é necessário definir um novo modelo de convenções mais consonante com a actual realidade de prestação de cuidados de saúde*. Todavia,



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

não esclarece que actual realidade é essa, presumindo-se que ela se limitará à difícil situação económica em que o País se encontra. E isso justificará qualquer medida restritiva que, no curto prazo, possa vir a reduzir os gastos *à tout le transe*? E sem qualquer preocupação ou estudo das consequências a curto, médio e longo prazo para prestadores e doentes e para o Sistema Nacional de Saúde?

Quem elaborou este Projecto esquece, ou não sabe, ou desvaloriza que na área da prestação de cuidados de saúde existem incontornáveis regras éticas que não são iguais às de qualquer outro negócio de bens de consumo. Na saúde, o produto final é o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo. E isso tem exigências abaixo das quais não é possível atingir tal desiderato com Qualidade e com ganhos em Saúde.

Ora, a implementação de um processo concursal, cujo único parâmetro de avaliação será, está bem de ver, o custo, incorre no mais que provável risco (para além de outros que se descreverão) de gerar a degradação dos cuidados prestados.

Um prestador privado não pode, pelo menos duradouramente, prescindir das mais-valias que a sua actividade lhe proporciona. Ao candidatar-se a um concurso em que o menor preço é, na prática, o único parâmetro de escolha (todos os candidatos serão credenciados para a prestação do serviço posto a concurso, todos eles se propõem a prestar o mesmo serviço, todos eles assegurarão vir cumprir as regras técnicas estabelecidas), como poderá ele, sobretudo se for um pequeno prestador, reduzir os custos de forma competitiva sem comprometer uma margem de lucro, por mais pequena que seja, que assegure a viabilidade e a continuidade da sua actividade?

E como pode um pequeno prestador nacional – para quem a sua subsistência depende dos lucros alcançados – competir com uma multinacional, para a qual o



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

lucro obtido numa unidade não é mais que uma parcela aditiva aos proventos resultantes da globalidade da sua actividade?

A metodologia de fixação e actualização de preços de referência nunca se deveria basear apenas num preço máximo, como é referido no art. 7º, mas igualmente no estabelecimento de um preço mínimo, garantia de qualidade mínima do serviço prestado. Relembramos aqui que a existência até há alguns anos atrás na Ordem dos Médicos de um valor de K máximo e mínimo em cada acto permitia assegurar que a prestação de cuidados tivesse uma valorização dentro do que seria considerado adequado e, por outro lado, assegurava um preço mínimo como garante de qualidade.

Em conclusão, o modelo concursal para o estabelecimento de contratos de convenção com prestadores de serviços de saúde promoverá a inviabilidade de pequenas empresas do ramo, a redução da oferta e o agravamento da concentração em vários mercados. Em simultâneo, fomentará a degradação, em maior ou menor grau, da qualidade dos serviços prestados e reduzirá o leque de escolha aos utentes do SNS.

Este modelo concursal é tanto mais absurdo, e, por consequência, não será inocente, quanto é verdade que o Ministério da Saúde tem o poder de controlar administrativamente os preços, o que já gerou enormes poupanças no passado recente, sem colocar em causa a sobrevivência vital dos prestadores de pequena e média dimensão e com características de proximidade.

- d) Bem pode o Ministério da Saúde continuar a propalar repetidamente nos diversos diplomas que vai publicando, desde meros despachos a decretos-lei, que eles asseguram a acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade em termos de equidade e de igualdade. A obsessiva necessidade de o enunciar apenas revela o reconhecimento do oposto, porque a realidade é bem diversa.

E essa diversa realidade não é resultante do acaso ou de condicionalismos impostos de fora. Ela é, em enorme parte, derivada da política de saúde



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

deliberadamente prosseguida por este Governo, o que é bem exemplificado e demonstrado por este projecto de diploma.

Aliás, a implementação de medidas discricionárias no acesso aos cuidados de saúde pelo SNS vem sendo apanágio da sua política. Atente-se, a título de exemplos (entre outros) do que se acaba de afirmar, nos seguintes diplomas:

- (i) Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de Junho – agrava drasticamente as chamadas ‘taxas moderadoras’, transformando-as em verdadeiras prestações de copagamento dos cuidados prestados pelo SNS ou por prestadores dos quais ele é financiador;
- (ii) Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de Maio – institui o copagamento dos transportes de doentes não urgentes submetidos a tratamento crónico e regular;
- (iii) Despacho n.º 7702-C/2012, de 1 de Junho – burocratiza e dificulta de forma inaudita o transporte de doentes;
- (iv) Despacho n.º 10429/2011, de 1 de Agosto – impede os hospitais públicos, as unidades convencionadas de hemodiálise e médicos no exercício de medicina privada de solicitarem a prescrição de exames às unidades de cuidados de saúde primários, ficando estas últimas impedidas de prescrever MCDT por eles solicitados.

Todos estes diplomas e despachos, pese muito a retórica utilizada, têm como objectivo dificultar, ou mesmo impedir, o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde prestados pelo SNS ou por ele financiados. Mas, de entre todos, realçamos o último que, na prática, impede muitos cidadãos – no pleno gozo dos direitos que lhes são atribuídos pela Constituição da República Portuguesa e que pagam os seus impostos, i.e., que são cofinanciadores do SNS – de ter acesso à realização de MCDT requisitados nos cuidados de saúde primários (CSP) a pedido dos médicos assistentes privados ou convencionados, mesmo quando são observados todos preceitos deontológicos que regem a relação entre médicos e



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

os exames solicitados, porque devidamente fundamentados, mereçam o acordo do clínico dos CSP. Esta deliberação é discriminatória, atropela grosseiramente direitos constitucionais e “castiga” cidadãos que, reduzindo a sobrecarga sobre o SNS, têm a ousadia de recorrer a serviços privados.

6. Somos obrigados a reiterar que concursos exclusivamente ao menor preço e com total esmagamento de margens de lucro vão afectar inapelavelmente a Qualidade dos serviços prestados, com prejuízo dos doentes e do SNS. Para que esta realidade seja mais facilmente percepcionável para quem não está directamente ligado à Saúde, reproduz-se um *email* que recebemos de um reputado Colega, devidamente identificado:

“Mais uma vez estou plenamente de acordo com a opinião emitida no artigo «Destruir as convenções». E talvez tenha ficado muito mais sensibilizado para este assunto por dois casos «clínicos» que acompanhei, nos últimos dias, um deles com um colega nosso, que apresentava uma grave hipoglicemia que, afinal, não tinha.

A outra situação é bastante mais grave, pois tratava-se de uma pancitopenia (Hh-11,7, leucocitos-2.300 e plaquetas-40.000). Claro que este «doente» já tinha pedidos uma bateria de exames-incluindo a biópsia óssea- quando me foi solicitada a opinião. Depois de fazer a história clínica e a observação do senhor, duvidei, com firmeza, daqueles valores. No dia seguinte, repetiu análises, noutra laboratório (Hb-16, leucocitos-6.000 e plaquetas-200.000).

Em ambos os casos as colheitas de sangue, em veias com alguns milímetros de diâmetro, determinaram volumosos hematomas.

O laboratório em causa está sediado no Porto e faz análises para várias instituições públicas, pelo menos para Ganhou o concurso porque apresentou uma proposta financeiramente mais vantajosa. Confesso que gostava de saber quem faz as colheitas e em quanto tempo, e em que condições, chegam os



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

produtos ao Porto. Já me testemunharam que amostras de urina para análise estão muito tempo à espera que as levem.

Que confiança podemos ter nestes resultados? E os doentes, que devem andar a ser tratados a doenças que não têm? Quantos outros exames serão pedidos nesta sequência? O barato não sairá caro? E finalmente, mas não menos importante, quem acode às pessoas, quantas vezes não doentes, neste labirinto kafkaniano?"

7. Dentro da caprichosa indefinição geral desta proposta de DL, também não está definido o que é um cargo de Chefia (nº 3, artº 5º). Há tantos cargos de Chefia intermédia, focal ou transitória no SNS que tornam inaceitável esta incompatibilidade e quase impediriam que as Direcções Técnicas fossem assumidas por elementos mais graduados. Por exemplo, não faz nenhum sentido que Chefiar uma equipa num Serviço de Urgência seja impeditivo do exercício de funções de Direcção técnica em entidades convencionadas. Por conseguinte, a referência indefinida a "Chefia" deve ser retirada do texto legal, mantendo-se apenas os cargos de Direcção no SNS como incompatíveis, circunstância ainda assim controversa, mas aceitável.
8. No artigo 5º, nº2, pretende estabelecer-se que "os profissionais vinculados ao SNS não podem celebrar convenções, deter funções de gerência ou titularidade do capital superior a 10% de entidades convencionadas, por si mesmo, por seus cônjuges e pelos seus ascendentes ou descendentes do 1º grau". Este ponto parece-nos absolutamente arbitrário: o candidato a contratado/convencionado poderá ser penalizado por condições exteriores a ele próprio (exceptuando o cônjuge, situação que por si só é um contrato vinculativo). O facto de eventualmente o pai ou a mãe (na interpretação da ARS de Lisboa estende-se aos sogros...) também terem eles próprios outras convenções ou fazerem parte de sociedade contratada com o SNS poderá inibir um indivíduo de integrar uma



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

sociedade candidata a contrato com o SNS, o que não é aceitável numa Sociedade democrática e moderna.

9. No art. 5º ao mencionar-se os requisitos de idoneidade para a celebração das convenções, pensamos que, no âmbito da Medicina Física e Reabilitação e das suas diferentes valências terapêuticas (fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala), deve ser explícito que a titularidade de licenciamento se realiza ao abrigo da Portaria em vigor: Portaria 1212/2010 de 30 de Novembro, não bastando a inscrição na ERS, uma vez que esta entidade admitiu a inscrição de Gabinetes de fisioterapia sem garantir a prescrição de médico especialista, dos mecanismos de controlo de qualidade e muito menos de um programa de reabilitação integral como expressámos oportunamente. Apenas através da prescrição de médico especialista se garante uma prescrição de reabilitação que, tal como a farmacológica, é uma prescrição galénica, tendo em conta os vários actos da tabela da Ordem dos Médicos e incorporando o conhecimento técnico-científico dos mesmos, incluindo das suas indicações e contra-indicações.

Em resumo

O projectado decreto-lei, a ser publicado conforme está, trará, entre outras, as seguintes consequências:

- a) O agravamento da já encetada destruição da rede de cuidados de saúde privados e convencionados;
- b) O forte agravamento do grau de concentração em alguns mercados;
- c) O agravamento da dificuldade do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde;
- d) A degradação inaceitável do nível de Qualidade dos serviços prestados aos doentes;
- e) E, por fim e por via das anteriores, alguma poupança para o Estado no curto prazo (o único e verdadeiro objectivo do Governo, embora não expresso), mas de



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

consequências futuras imprevisíveis e não minimamente avaliadas, dentro de uma política de “quem vier a seguir que feche a porta”.

- f) Ou seja, o resultado da aplicação deste DL seria exactamente o contrário daquilo que são os seus anunciados propósitos.

Para que não viesse a ser

Para que isso não venha a suceder, será necessário alterar o presente projecto. Para tanto, apresentamos as seguintes sugestões:

- a) Clarificar conceitos;
- b) Eliminar o modelo de atribuição de convenções por concurso, mantendo, apenas, um modelo aberto de adesão aos termos de um clausulado-tipo previamente conhecido, com controlo administrativo ponderado e equilibrado dos preços;
- c) Não reduzir o tempo de vigência dos contratos nem do prazo para a sua denúncia;
- d) Pelo contrário, aumentá-los para as áreas de prestação que exijam investimentos mais volumosos, como a Radiologia, por exemplo;
- e) Instituir a renovação automática dos contratos após o seu termo de validade, apenas limitada pelo incumprimento de exigências de carácter técnico, ético ou legal;
- f) Instituir um mecanismo justo de actualização de preços que seja previsível (por exemplo, indexação à inflação) e o processo negocial nos casos em que isso se justifique;
- g) Instituir meios de eficaz e conseqüente controlo de Qualidade.
- h) Quando neste projecto-lei se fala da indexação de padrões de qualidade ao financiamento, o que nos parece essencial, esta situação deverá ser discutida e concretizada com a Ordem dos Médicos e os colégios das respectivas



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

especialidades, que são as entidades com a competência e a capacidade para definir e auditar as normas de qualidade das respectivas áreas de actuação.

O Conselho Nacional Executivo e as Direcções dos Colégios da Ordem dos Médicos, conscientes da importância da revisão do modelo de convenções, encontram-se disponíveis para colaborar num modelo de convenção que garanta maior acessibilidade e qualidade aos doentes, evite o desperdício de recursos e tenha em consideração a actual situação de Portugal.

Com os mais cordiais cumprimentos,

Cc ao Presidente da República e ao Secretário de Estado da Saúde



The \$640 Billion Question — Why Does Cost-Effective Care Diffuse So Slowly?

Victor R. Fuchs, Ph.D., and Arnold Milstein, M.D., M.P.H.

To avoid financial crises in federal and state governments and turmoil for health care stakeholders, U.S. health care must become more cost-effective.¹ The United States spends much more per

capita on health care than do other developed countries, with broad outcomes no better than those of its peers (see graph). There are, however, individual U.S. physicians and health care organizations that deliver high-quality care at a cost roughly 20% lower than the average.² If the rest of the U.S. health care industry followed their example, health care spending would drop from 17% of the gross domestic product to 13%. Though that would still be well above the spending level in other high-income countries, \$640 billion would become available for addressing other important public- and private-sector needs. Why don't cost-effective models diffuse rapidly in health

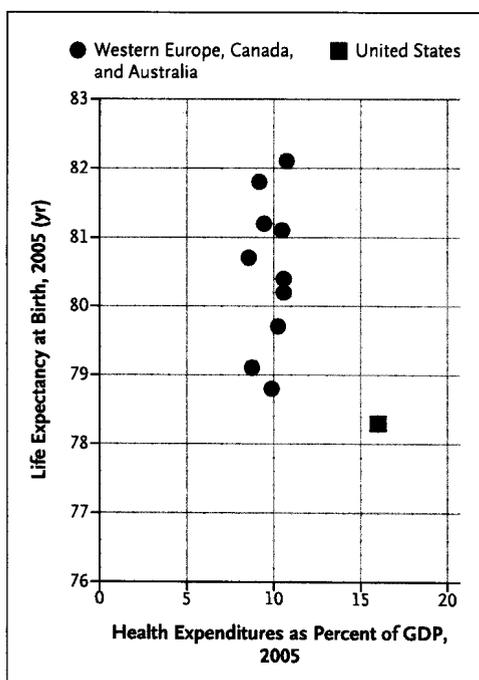
care, as they do in other industries? The answers to this \$640 billion question lie in the perceptions and behaviors of the major participants in health care.

Insurance companies, for their part, resist national initiatives designed to standardize coverage of benefits and administrative transactions with health care providers, even though such standardization would reduce health care spending by more than \$200 billion annually.³ They argue that standardization, like any major change, implies stress and costs for insurance companies without sufficient offsetting competitive advantages. In fact, standardization of coverage would force insurance companies to compete

primarily on the basis of price, which would put pressure on their profits.

Large employers often resist using sponsorship of employee health insurance as a vehicle for creating managed competition among large health plans. Because companies wish to avoid alienating employees, only 20% of large employers require workers who choose more expensive plans to pay the marginal difference in cost.⁴ Some companies (mostly small businesses) offer employees only one plan. In addition, mistrust of government solutions among many business leaders leads them to oppose changes in the financing or organization of care that would increase the government's role.

The public would gain the most from the diffusion of cost-effective care but often opposes reforms aimed at reducing health care spending because of misun-



Health Care Expenditures and Life Expectancy in the United States and Ten Other Developed Countries, 2005.

Western European countries for which data are represented by the blue dots include Austria, Belgium, Denmark, Germany, Norway, Sweden, Switzerland, and the United Kingdom. Data are from the National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services (<http://stats.oecd.org/index.aspx>).

Understanding about who really pays for health care. The media, with rare exceptions, is the principal source of this misunderstanding. Great harm is done when employment-based insurance is discussed as if it were a gift from “generous” employers rather than an alternative to wage increases.⁵ As long as most workers believe that characterization, the prospects for public support of a more equitable, more efficient method of financing care are poor. The media also mislead the public by emphasizing the *relative* benefit of clinical interventions (“reducing risk of death by one third”) when the absolute benefit (“reducing risk from 0.03 to 0.02”) is usually more relevant. Misleading headlines, designed to

attract larger audiences, can make life difficult for physicians who want to practice cost-effective medicine but are beset by patients’ requests or demands for costly new therapies: the public reflexively mistrusts any apparent withholding of widely touted diagnostic or therapeutic interventions, even when they might do more harm than good.

Legislators, for their part, usually oppose reforms that would make U.S. health care more cost-effective because they seek campaign contributions from health industry stakeholders who benefit from the current inefficient arrangements. Any sector that stands to sustain losses if reform is enacted will fight harder to oppose change than the more diffuse potential winners will fight to support it.

Hospital administrators often resist efforts to reduce hospital occupancy for fear that decreases in revenue will jeopardize their ability to cover large fixed costs. The solution requires a change either in the way hospitals and physicians are paid or in incentives for consumers to select lower-cost, high-quality hospitals, or both. Administrators also fear that if they attempt to change physicians’ behavior to reduce costs, the physicians will admit their patients to other hospitals.

Physicians themselves generally resist major changes in the way they practice — for both nonfinancial and financial reasons. They see that their peers who practice most cost-effectively typically standardize their approaches to care, rely on group decision making, and emphasize outcome measurement and peer review. Most physicians are reluctant to embrace these reductions in autonomy. They also see that

many of the most successful health plans forgo fee-for-service physician payment in favor of alternative methods, such as capitation or value-based remuneration. They fear that the projected cost savings will not be fully realized or will be captured by insurance companies and hospitals. And indeed, physicians in highly paid specialties would probably lose income in a more cost-effective system, though primary care physicians would probably come out ahead.

Academic health centers are typically slow to adopt cost-saving innovations in care delivery because they may conflict with, or be perceived as conflicting with, the centers’ research and education missions. Because many medical educators believe that resident learning requires some tolerance of inefficiency, they rarely prioritize teaching cost-effective clinical practice — a reality that has important consequences for the entire health care system. Young physicians learn primarily by doing or watching others do. They can’t learn how to practice cost-effective medicine if it’s not being practiced where they’re being trained. The problem is exacerbated by accrediting teams for graduate medical education that leniently audit the teaching of the two competencies most likely to improve cost-effectiveness: “systems-based practice” (reflecting an understanding of how patient care relates to the overall health system) and “practice-based learning and improvement.”

Meanwhile, manufacturers of drugs, medical devices, and equipment have the most to lose from the diffusion of more cost-effective care. If a manufacturer has a unique product, it can sell it at a high price that yields a monopoly profit. But since there are alter-

natives to most medical products, firms seek to create the perception that their products are unique in order to justify high prices. Marketing to consumers and physicians will be much less successful if purchasing and prescribing decisions are made by organizations such as managed-care plans or accountable care organizations that are motivated to provide cost-effective care. Such organizations have the incentive and the ability to evaluate competing products and can negotiate with suppliers for the best value. To preserve the present system, manufacturers of health care products spend heavily on federal lobbying.

Do these barriers condemn the United States to financial Armageddon or diminished health care for less-affluent Americans? One escape route is tax-supported universal coverage, the finance method that works best in most other high-income countries. Another is disciplined managed competition among health insurers, enhanced by national harmonization of the way in which commercial

insurers, the Centers for Medicare and Medicaid Services, and other payers compare providers on value and of the weight they place on value when tiering network providers and paying them. Both solutions require payment reform. Neither solution is politically feasible without robust physician support: the public's visceral distrust of policies aimed at improving the cost-effectiveness of health care can be neutralized only by their confidence in what their physicians support. The Physician Charter, a modern version of the Hippocratic Oath, has been adopted by physicians' organizations that include a majority of U.S. physicians. It ethically commits physicians to working toward "the wise and cost-effective management of limited clinical resources." There is not much that physicians can do directly to change the behavior of insurance companies, employers, or other stakeholders, but physicians are the most influential element in health care. The public's trust in them makes physicians the only

plausible catalyst of policies to accelerate diffusion of cost-effective care. Are U.S. physicians sufficiently visionary, public-minded, and well led to respond to this national fiscal and ethical imperative? It's a \$640 billion question.

Disclosure forms provided by the authors are available with the full text of this article at NEJM.org.

From Stanford University, Stanford, CA (V.R.F., A.M.); and the Pacific Business Group on Health, San Francisco (A.M.).

This article (10.1056/NEJMp1104675) was published on May 18, 2011, at NEJM.org.

1. Cherner ME, Baicker K, Hsu J. The specter of financial Armageddon — health care and federal debt in the United States. *N Engl J Med* 2010;362:1166-8.
2. Milstein A, Gilbertson E. American medical home runs. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28:1317-26.
3. McGinnis JM. Taking stock: numbers and policies, a look at the numbers. In: Institute of Medicine. The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary. Washington, DC: National Academies Press, 2010:585-98.
4. Temin P, Maxwell J, Watts C. Corporate health care purchasing among Fortune 500 firms. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(3):181-8.
5. Emanuel EJ, Fuchs VR. Who really pays for health care? The myth of "shared responsibility." *JAMA* 2008;299:1057-9.

Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society.