Deloitte.

Saúde em análise
Uma visão para o futuro

Public Sector, Life Sciences & Healthcare 2011

Índice

5 Sumário Executivo

11 Introdução

13 Metodologia

15 Contexto económico, social e tecnológico

23 Os *stakeholders* da Saúde

29 O sector da Saúde

39 Problemas do sector

61 Os desafios para a Saúde

109 Conclusões

Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CS	Centro de Saúde
DGS	Direcção Geral da Saúde
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service (Reino Unido)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excelence
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PNS	Plano Nacional de Saúde
PVP	Preço de Venda ao Público
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ROR	Registo Oncológico Regional
RSE	Registo de Saúde Electrónico
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSP	Sistema de Saúde Português
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
UMCSP	Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

Sumário Executivo

Sumário Executivo

Neste estudo do sector da saúde e do medicamento apresentamos os principais desafios que o sector enfrenta actualmente. Estes desafios foram definidos com base no contexto actual do sector da saúde em Portugal, as recentes reformas e os problemas que enfrenta.

O sector da saúde em Portugal – evoluções recentes

Nos últimos anos, Portugal tem assistido à melhoria dos seus indicadores de saúde, mas também a um conjunto vasto de medidas e reformas com o objectivo de melhorar a eficiência e a eficácia do SNS, das quais se destacam:

- A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a extinção das subregiões de saúde, a criação dos ACES e a nova organização dos Centros de Saúde, onde as USF assumem um papel de destaque.

- A evolução da rede nacional hospitalar, dando origem à concentração de vários hospitais em Centros Hospitalares, à empresarialização da quase totalidade dos hospitais do SNS e à expansão das Unidades Locais de Saúde, que dez anos após a criação da primeira, a ULS de Matosinhos, evoluíram agora para seis em todo o país.

- A expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social que visa a prestação de cuidados a cidadãos em situação de dependência e/ou reabilitação, maioritariamente utilizados pela população idosa.

- A nova política do medicamento, um conjunto de medidas que, entre outras, visaram a redução de preços e o incentivo à utilização de genéricos, para reduzir os gastos com medicamentos.

No sector privado, os últimos anos foram ainda marcados pelo aparecimento de várias unidades hospitalares e pela operacionalização de Parcerias Público-Privadas há muito planeadas, como o Hospital de Braga e o Hospital de Cascais, estando actualmente já assinados os contratos para o Hospital de Loures e o Hospital de Vila Franca de Xira.

Problemas

Para a identificação dos problemas do sector, contámos com a colaboração de um vasto conjunto de *stakeholders* da saúde, que partilharam connosco os seus pontos de vista sobre as principais dificuldades que o sector enfrenta actualmente:

- A insustentabilidade financeira do sistema de saúde, que surgiu no topo dos problemas identificados pelos vários *stakeholders* e cujas causas são várias, de entre as quais se realça a inovação e modernização tecnológica e a pressão demográfica, neste último caso relevando não apenas os elevados custos de saúde de uma população envelhecida, mas também a redução dos montantes associados ao pagamento de impostos.

- A ausência de planeamento estratégico, que a falta de informação epidemiológica e de gestão agrava, tornando difícil o planeamento da oferta de cuidados. Por outro lado, o sistema carece ainda de uma cultura de avaliação e responsabilização, que permita agir sobre os *gaps* claros entre as metas traçadas e os resultados atingidos, sendo que a maioria das reformas e políticas raramente são avaliadas e ajustadas.

- As fragilidades do modelo de financiamento, que nem sempre incentiva os comportamentos desejados. É esta a situação do financiamento hospitalar, em que a diferenciação, embora correctamente remunerada com preços mais altos, não é complementada com outro tipo de incentivos que minimizem a motivação dos prestadores para a especialização excessiva como forma de aumento da receita. Por outro lado, as assimetrias regionais (que têm impacto nos custos) e o pagamento com base em resultados (onde aplicável), ainda não estão contempladas nos modelos de financiamento.

- A inadequação do modelo organizacional e de gestão, em que o papel tripartido do Estado, de accionista, regulador e pagador, concentrando muitas responsabilidades numa só organização, leva a que seja difícil assegurar um desempenho óptimo na totalidade das funções. A multiplicidade de entidades que participam na regulação do sector, nem sempre com alinhamento, visão e uma clara definição de responsabilidades, acabam por dificultar a

implementação de uma filosofia de responsabilização e uma cultura de gestão essenciais ao funcionamento saudável do sistema.

- O planeamento e gestão de recursos humanos desadequados, dado que não existe ainda uma estratégia clara e bem definida para os recursos humanos da saúde, o que resulta na inadequação da distribuição dos recursos para fazer face às necessidades, agravando as ineficiências existentes nesta área.

- A falta de informação com qualidade: mais do que uma estratégia de sistemas de informação, é necessária uma estratégia de informação, que identifique as necessidades de informação para cada um dos *stakeholders* da saúde, sejam estes prestadores, pagadores ou reguladores, de forma a evitar duplicação de esforços e custos elevados.

- A falta de clareza no papel das entidades privadas: os sectores público, privado e social têm coexistido no sistema de saúde sem articulação e num clima de alguma desconfiança em relação ao sector privado.

Desafios

Neste contexto, identificámos seis grandes desafios para o sector, que apontam caminhos conducentes à resolução de muitos dos problemas identificados e a um sistema de saúde mais sustentável, organizado e gerível. Contámos também aqui, com a colaboração de várias personalidades do sector da saúde, que connosco discutiram estes desafios e cujos comentários incluímos neste estudo.

Desafio: Organizar e regular o sistema de saúde português

As principais linhas de actuação neste domínio são:

- Melhorar a organização e governação do sistema de saúde:

    - Separar os papéis de prestador e de pagador e redistribuir as responsabilidades pelos diferentes organismos, o que permitiria eliminar os conflitos de interesses na tomada de decisão.

    - Atribuir responsabilidades de conhecimento da procura, financiamento e pagamento a uma única entidade, o que permitiria contratar os prestadores públicos, privados e sociais com base nas reais necessidades dos cidadãos.

    - Constituir uma "holding" dos prestadores de cuidados de saúde (primários, secundários e continuados), responsável por definir orientações para o desenvolvimento da oferta de prestação de cuidados de saúde, negociar planos de actividade e orçamentos, monitorizar o desempenho, disseminar boas práticas entre os prestadores com vista à melhoria contínua, desenvolver projectos comuns e estruturantes para todos os prestadores e promover uma melhor articulação entre todos.

    - Criar uma agência de avaliação de tecnologias que avalie o valor acrescentado das novas tecnologias e faça propostas sobre a sua inclusão nos serviços do SNS, mediante que condições e a que preço máximo.

- Criar mecanismos de concorrência para incentivar a melhoria contínua da performance dos prestadores de cuidados de saúde, tendo em conta as especificidades do sector da saúde e as distorções da concorrência que lhe são intrínsecos:

    - Alargar a concessão da gestão de prestadores a entidades privadas e do sector social, monitorizando os resultados e promovendo a competição com a gestão pública.

    - Aprofundar a liberdade de escolha dentro do SNS, excepto para cuidados altamente diferenciados. Preparar o caminho para a progressiva liberdade de escolha também no sector privado e social. A implementação destas medidas implica previamente (i) ter informação disponível e fiável sob o desempenho clínico dos prestadores, (ii) criar mecanismos para encerrar serviços não competitivos e (iii) ter o médico assistente como *advisor* do cidadão nessa escolha.

Desafio: Organizar a oferta de cuidados de saúde do SNS

A sustentabilidade do sistema de saúde passa por uma diferente organização da prestação de cuidados, das quais destacamos as seguintes:

- Desenvolver significativamente os cuidados de saúde primários:
    - Investir mais nos cuidados de saúde primários e de proximidade, alocando mais recursos financeiros, operando ainda transformações significativas nas actividades que pode e deve desenvolver.
    - Transferir cuidados actualmente prestados em meio hospitalar, para cuidados de proximidade, e transferir cuidados tradicionalmente executados pelos médicos para enfermeiros, aumentando a oferta nos CSP, garantindo um acesso facilitado e um maior acompanhamento do cidadão.
    - Promover modelo de "policlínicas" próximo dos cidadãos, para diagnóstico e tratamento de doenças de baixo nível de diferenciação reduzindo o afluxo aos hospitais.
- Reorganizar os hospitais:
    - Rever a oferta hospitalar face a um maior desenvolvimento dos CSP e à concentração de cuidados complexos, garantindo a casuística necessária à prestação de cuidados de qualidade. Criar "pequenos hospitais" nos grandes hospitais (sejam estruturas de gestão com maior autonomia, centros de responsabilidade integrados, ou outros modelos de gestão), agregando as actividades similares e diferenciando a oferta.
    - Centralizar serviços, em áreas de elevada complexidade, garantindo melhor alocação de recursos, melhores resultados clínicos e mais baixos custos. Aumentar a partilha de informação entre hospitais, devolvendo o cidadão à sua comunidade o mais rápido possível.
    - Aumentar os recursos afectos ao diagnóstico, promovendo a medicina mais baseada na ciência do que na intuição médica.
- Promover a integração de cuidados:
    - Promover a articulação de cuidados entre os diferentes níveis, colocando o cidadão no centro do sistema.
    - Colocar o médico de família como o *pivot* no relacionamento entre as pessoas e o sistema de saúde.
    - Apostar na auto-gestão de cuidados e na partilha da informação relevante com os médicos nos diferentes níveis de cuidados.

Desafio: Promover a saúde e prevenir a doença

A promoção da saúde e a prevenção da doença devem estar na base do planeamento estratégico da saúde, focando esforços:

- Na saúde e na formação de cidadãos saudáveis, visando a redução dos investimentos necessários para o tratamento da doença.
- Na educação para a saúde e na responsabilização dos cidadãos, aumentando os níveis de literacia das populações em matérias relacionadas com hábitos de vida saudável e com auto-cuidados.
- Em iniciativas intersectoriais (como a educação, segurança social, ambiente e autarquias, entre outas) e envolvendo *stakeholders* com maior proximidade aos cidadãos, planeando e agindo com benefícios para todas as partes envolvidas.

Desafio: Melhorar o financiamento e a alocação de recursos no sistema
Os principais vectores de actuação neste domínio são:

- Desenvolver o sistema de pagamento/alocação de recursos:
    - Rever os modelos de pagamento de cuidados de saúde, privilegiando a qualidade e os resultados e não apenas a quantidade. Implementar modelos com pagamentos baseados em resultados, sempre que faça sentido e seja tecnicamente viável, destacando como exemplo, as doenças crónicas.
    - Rever tabelas de preços regularmente, criando mecanismos que incentivem a introdução de inovação, sempre que esta resulte em menores preços, maior qualidade e maior conveniência.
    - Criar um sistema que privilegie a utilização dos cuidados de saúde primários.
- Promover o envolvimento da sociedade nas decisões de financiamento da saúde, em especial sobre os cuidados que o SNS deve suportar, e encontrar mecanismos que promovam o envolvimento contínuo das populações.

Desafio: Melhorar a gestão do Serviço Nacional de Saúde
Melhorar a eficiência do sistema e a gestão do SNS, implica desenvolver um conjunto de processos e sistemas de informação, capacitando as pessoas para esta mudança. Destacamos as áreas do planeamento, da monitorização, da gestão dos recursos humanos e dos sistemas de informação:

- Melhorar significativamente o planeamento estratégico:
    - Conhecer as condições epidemiológicas do país e utilizar de forma contínua esta informação para planear a oferta de cuidados de saúde, centrando-a nas pessoas e nas suas necessidades.
    - Atribuir responsabilidades claras pelo planeamento estratégico (procura e oferta), e definir prioridades para as regiões de saúde, hospitais e centros de saúde operacionalizarem o plano no terreno.
    - Estimar e alocar os recursos necessários à implementação das acções no terreno e criar uma dinâmica de controlo e de monitorização da sua implementação.
- Desenvolver mecanismos de monitorização e avaliação, nomeadamente, a avaliação dos resultados em saúde e a avaliação das políticas e da estratégia.
- Criar uma base de indicadores e *benchmark* que promova qualidade e eficiência.
- Implementar medidas conducentes à alteração da cultura e capacidades de gestão do sector, nomeadamente a avaliação dos Conselhos de Administração (com as suas consequências práticas), a avaliação das pessoas, afectando a remuneração e a progressão na carreira e a necessária mudança cultural e afiliação organizacional.
- Desenvolver uma política de recursos humanos, que permita prever as necessidades de recursos humanos a prazo, crie um modelo de competências técnicas e comportamentais, planos de formação e uma verdadeira gestão da progressão na carreira.
- Implementar sistemas e tecnologias de informação: desenvolver os sistemas de informação clínica e de gestão a nível local e central, bem como os sistemas para o desempenho do papel de accionista e de pagador/contratualizador.
- Criar uma equipa e recursos para acompanhar a transformação do sector.

Desafio: Optimizar a gestão do medicamento
No âmbito do medicamento, o controlo de custos e a racionalização da utilização deve ser feita não só pelo lado dos preços mas também pelos consumos, pelo que identificamos como principais linhas de actuação:

- Controlar a utilização de medicamentos, agindo sobre a prescrição e dando seguimento ao desenvolvimento de *guidelines* terapêuticos no mercado hospitalar e de ambulatório.

- Promover a partilha de risco e a avaliação dos resultados efectivos dos medicamentos, particularmente nas doenças que consomem muitos recursos à sociedade, como seja cancro, sida e doenças cardiovasculares.

- Melhorar a adesão terapêutica e dotar os cidadãos com informação para decidir.

- Liberalizar os preços no mercado de genéricos, mantendo como referência um PVP máximo, de forma a reduzir mais os preços dos genéricos através de um aumento da concorrência nesta área.

Estes seis desafios exigem lideranças fortes, por parte de todos os *stakeholders* da saúde, incluindo os próprios cidadãos. Além disso, é indispensável que os *stake-holders* actuem com uma visão partilhada do bem comum, em detrimento da prática da defesa exclusiva dos seus interesses. Seremos capazes de o fazer?

Introdução

Os últimos anos têm trazido inúmeros desafios à saúde em Portugal, ao nível da generalização do acesso das populações a cuidados de saúde de qualidade, na tentativa da diminuição das assimetrias regionais, mas também, e cada vez mais, ao nível da eficiência e do controlo da despesa. Este equilíbrio, associado ao recente agravamento da conjuntura económica e social, exige um esforço adicional para a garantia da eficiência e eficácia do sistema de saúde.

Publicado pela primeira vez em 2004, o Estudo do Sector da Saúde e do Medicamento realizado pela Deloitte visou promover uma reflexão sobre o sector da saúde em Portugal, dando um especial enfoque às tendências vigentes e aos principais problemas existentes. À luz dos mais recentes desenvolvimentos das reformas implementadas e medidas introduzidas, tornou-se pertinente uma reedição do estudo, com o intuito de expor o actual panorama do sector da saúde em Portugal e identificar quais são hoje os principais desafios para o futuro.

À semelhança da edição de 2004, este estudo visa compilar os contributos de vários elementos representantes dos diferentes grupos de *stakeholders* do sector da saúde, de modo a permitir criar uma visão global sobre a situação vivida no sector, despoletando um debate sobre a estratégia e as prioridades para o futuro da saúde em Portugal.

Metodologia

Metodologia

Para obter uma caracterização global do sector da saúde e identificar os seus principais problemas e desafios, foram identificados os grupos de *stakeholders* a abordar para a realização do estudo. Estes *stakeholders* são elementos representativos das várias entidades intervenientes no sector da saúde e do medicamento, nomeadamente na elaboração e fiscalização do cumprimento de políticas de saúde, no financiamento, na prestação de cuidados de saúde e na regulação, produção e distribuição de produtos farmacêuticos.

Na elaboração deste estudo foi utilizada uma metodologia que se desenvolveu em torno de 5 fases:

• ***Desk research*** – A primeira fase consistiu na compilação de informação com vista à preparação das entrevistas a realizar e à consolidação da informação das politicas e medidas executadas nos últimos anos.

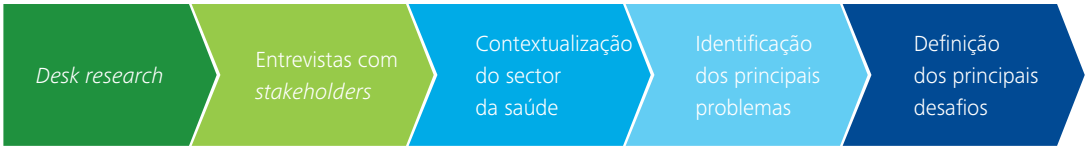
• **Entrevistas com *stakeholders*** – Após terem sido definidos os principais temas a abordar, iniciou-se a fase de realização de entrevistas a 68 representantes dos vários grupos de *stakeholders* do sector da saúde (em anexo).

• **Contextualização do sector da saúde** – Esta fase consistiu na análise da informação obtida nas duas fases anteriores e na elaboração de um conjunto de considerações estruturais, nomeadamente económicas, sociais e tecnológicas.

• **Identificação dos principais problemas** – Com base no diagnóstico realizado para a situação actual do sector da saúde, foram apurados os principais problemas e preocupações identificados por cada grupo de *stakeholders*.

• **Definição dos principais desafios** – Esta última fase teve como resultado final a identificação dos grandes desafios futuros do sector.

Figura 1 - Metodologia



Contexto económico, social e tecnológico

Contexto económico, social e tecnológico

Contexto económico e social

As características sociais e económicas de um país e da sua população são intrínsecas a qualquer sistema de saúde e, nalgumas vertentes, são simultaneamente causa e consequência do próprio sistema.

Segundo os dados mais recentes, estima-se que a população residente em Portugal seja de 10,6 milhões de pessoas, encontrando-se mais de metade da população (59,5% em 2008[1]) concentrada junto dos grandes centros urbanos.

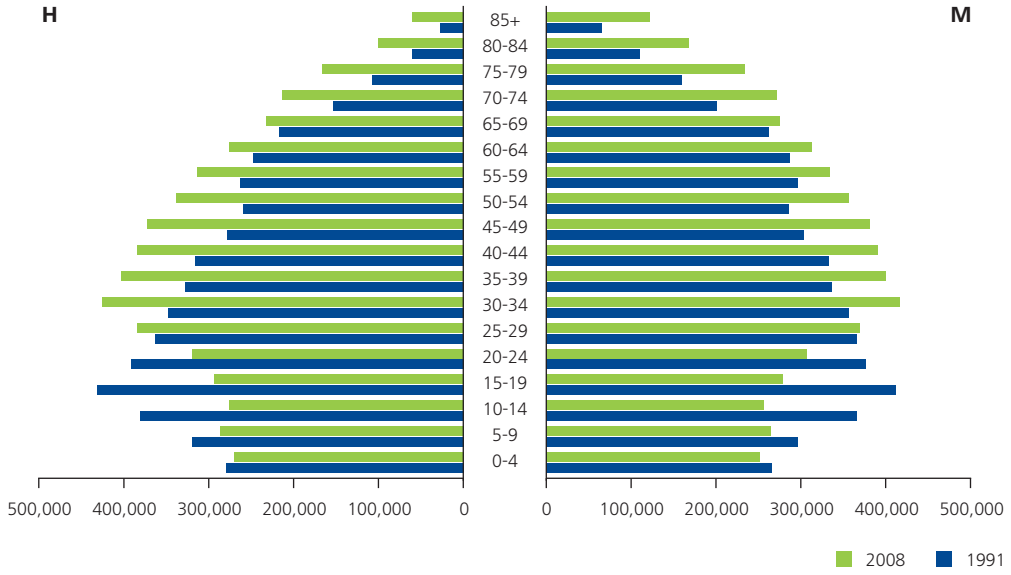
Tem-se verificado um aumento da população nos últimos anos tendo, em menos de uma década, a população crescido em quase 5%. No entanto, esse crescimento populacional tem sido continuamente acompanhado por uma inversão da pirâmide demográfica, com um alargamento das camadas superiores e uma diminuição das camadas inferiores.

Desde o início da década de 90, verificou-se um aumento de 35% na população com idade igual ou superior a 65 anos e uma diminuição em quase 21% dos jovens e crianças com idade inferior a 25 anos. Este fenómeno é mais acentuado na região Centro e no Alentejo.

Com a diminuição da natalidade e o aumento da esperança média de vida, torna-se inevitável que esta situação sofra um agravamento ao longo dos próximos anos.

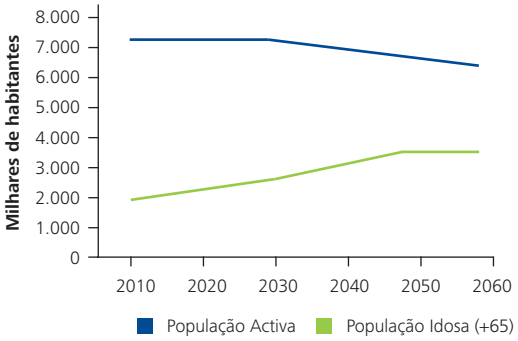
Pensa-se que dentro de cinquenta anos a população com idade superior a 65 anos atinja, aproximadamente, o dobro do que é actualmente, enquanto se verificará uma diminuição da população activa, o que pode trazer graves problemas para o sistema de saúde: se por um lado uma população mais idosa requer mais cuidados de saúde e uma maior despesa em saúde, uma população activa menor pode implicar a obtenção de menos receitas para um sistema de saúde financiado, em grande parte, pelos impostos.

Figura 2 – Distribuição da população por grupos etários, 1991 e 2008[2]



[1] Dados Banco Mundial
[2] Dados INE, 2008

Figura 3 - Projecção para a evolução da população portuguesa[3]



Entre os principais determinantes da saúde encontram-se as características socioeconómicas de uma população. Por permitirem caracterizar grande parte dos aspectos relativos à condição de vida, o rendimento, a educação e a profissão são considerados na explicação das desigualdades no estado de saúde das pessoas[4]. Pessoas com rendimentos mais baixos, com menos habilitações ou menor qualificação tendem a ter uma maior prevalência de problemas de saúde e a viver menos anos.

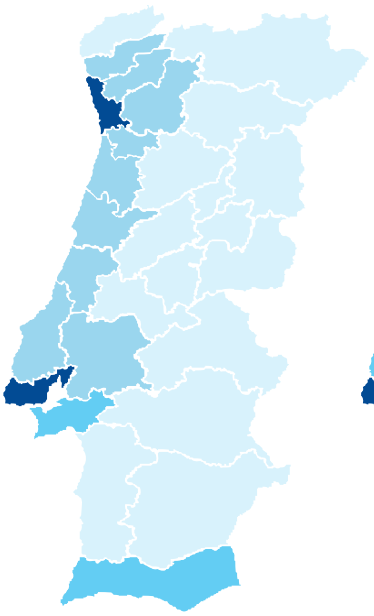
Em Portugal verificam-se disparidades bastante significativas, estando os maiores níveis de habilitação literária situados no Litoral, principalmente nas grandes cidades, e os rendimentos médios mais baixos concentrados no Interior Norte[5].

Adicionalmente, nos últimos anos Portugal tem assistido a uma contínua desaceleração do crescimento económico, com períodos de crescimento muito baixos, passando de 1,9% em 2007 para -2,7% em 2009[6], estando os desequilíbrios macroeconómicos patentes no crescente défice orçamental e nas elevadas taxas de desemprego.

Os dados mais recentes indicam que em 2009 o défice orçamental atingiu o valor mais alto dos últimos anos, chegando aos 9,4% do Produto Interno Bruto. O PIB *per capita* encontrava-se em 2009 em 12.600€, bem abaixo da média da União Europeia (27) de 20.600€[7].

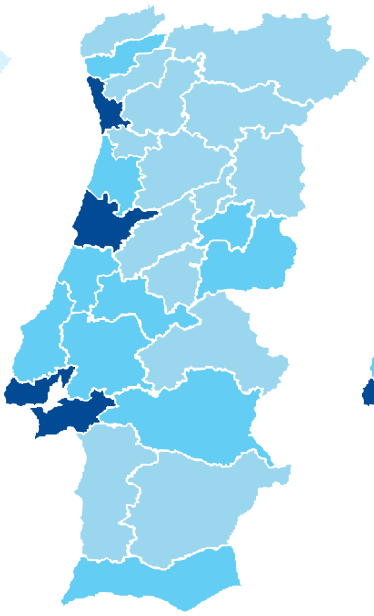
[3] *The 2009 Ageing Report*, Comissão Europeia (2008)
[4] Solidariedade na saúde: Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na EU, Comissão Europeia (2009)
[5] INE, Censos 2001-séries históricas e INE, 2007 - MTSS / Gabinete de Estratégia e Planeamento
[6] *World Bank*, OECD
[7] Dados *Eurostat* 2009

Figura 4 - Distribuição do PIB[8] (%)



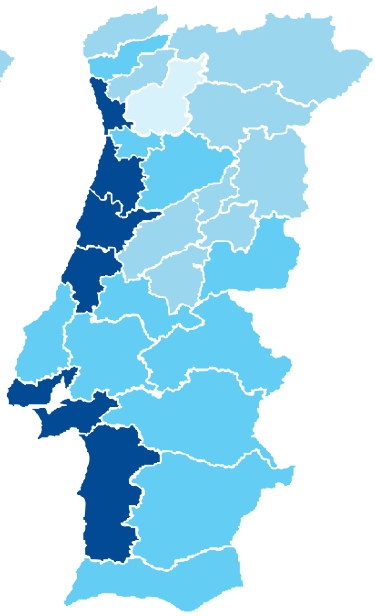
0% - 2%
2% - 4%
4% - 6%
+ 6%

Figura 5 - População com escolaridade obrigatória[9] (%)



20% - 30%
30% - 40%
+ 40%

Figura 6 - Ganho médio mensal[10]



600€ - 700€
700€ - 800€
800€ - 900€
+ 900€

A saúde tem um peso crescente quer no PIB (9,5% em 2008[11]), quer no Orçamento de Estado (5,77% em 2010 contra 5,15% em 2009, uma variação de 7,23%, apesar da contracção em 4,23% do orçamento geral[12]).

O desemprego tem vindo a aumentar significativamente ao longo dos últimos meses, estando a taxa situada nos 10,9% no terceiro trimestre de 2010. Apesar de outros indicadores da actividade económica terem manifestado ligeiros sinais de melhoria no início de 2010, a taxa de desemprego tem mantido a sua tendência evolutiva crescente.

Com vista à estabilização da situação económica do país, está em curso o Programa de Estabilidade e Crescimento, um conjunto de medidas de consolidação orçamental que visa alcançar a sustentabilidade das contas públicas e a promover a competitividade da economia portuguesa. A melhoria progressiva da economia portuguesa prevê-se no entanto apenas a partir de 2012, através da redução do défice orçamental e da promoção do emprego.

Não obstante, Portugal tem tido um bom desempenho ao nível dos indicadores de saúde europeus. Com o contexto actual e a perspectiva de redução do orçamento da saúde para 2011, existe um risco real de aumentar o endividamento do sector e limitar o acesso dos cidadãos ao sistema.

Trata-se simultaneamente dum problema sério, mas também de uma oportunidade para implementar melhorias estruturais no sector da saúde.

[8] INE, 2010, dados relativos a 2008
[9] INE, 2010, dados relativos a 2001
[10] Ganho médio mensal de trabalhadores por conta de outrém a tempo completo com remuneração completa, INE, 2010 (dados 2008)
[11] Contas Satélite da Saúde, INE 2010
[12] DGO, 2010

Contexto tecnológico

Actualmente, pensar em saúde sem considerar o suporte tecnológico parece uma realidade cada vez mais distante. É um facto que os progressos da tecnologia têm tido um papel fundamental na melhoria dos cuidados de saúde, com reflexos evidentes na exactidão do diagnóstico e contribuindo, em muito, para o aumento da qualidade de vida na doença.

No entanto, as tendências tecnológicas em saúde são bastante mais abrangentes que os sistemas de informação, os dispositivos utilizados ou os mecanismos de criação de medicamentos.

Os *drivers* tecnológicos com influência na saúde expandiram-se a outros níveis, sendo particularmente notável a forma como as novas tendências de colaboração, transparência e participação, expandem as fronteiras daquilo que era o tradicional sistema de saúde, muitas vezes fechado em si mesmo.
De forma não exaustiva apresentamos, em seguida, algumas destas tendências, determinantes no contexto tecnológico da saúde.

Health 2.0

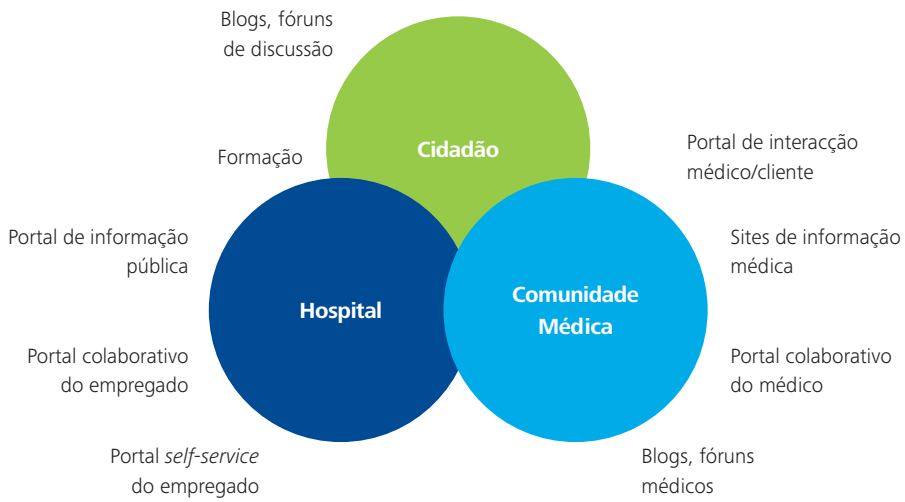
O paradigma Health 2.0, alavancado nas tendências de "Saúde Electrónica" (eHealth) e na evolução da internet para um conceito de Web 2.0, tem por base a utilização de um vasto conjunto de ferramentas, tais como redes sociais, sites colaborativos, blogs e wikis, criando assim, um ecossistema de geração de conteúdos e partilha de conhecimento.

Por um lado, esta tendência está grandemente centrada no doente fazendo com que este seja mais interventivo e conhecedor da sua doença e da informação que gera. Por outro, os demais *stakeholders*, tais como médicos, outros profissionais de saúde e prestadores, serão também parte fundamental deste ambiente.

O alinhamento progressivo da comunidade médica e das organizações com estas tendências, materializar-se-á na utilização de novos canais de relacionamento electrónico, como sejam fóruns de discussão, partilha de conhecimento, comunicação directa médico/doente, entre outras.

Apresenta-se abaixo um esquema ilustrativo de diferentes formas possíveis de relacionamento de um ambiente Health 2.0:

Figura 7 - Formas de relacionamento em ambiente Health 2.0



De acordo com os dados recolhidos periodicamente por Edward Bennett (www.ebennett.org), nos EUA, em Novembro de 2010, existiam 890 hospitais a utilizar ferramentas Web 2.0 que incluíam blogs, canais You Tube, páginas Facebook, contas Twitter e Linked In, perfazendo mais de 2.300 meios de rede social. Para além dos números em si, o que merece particular destaque é a adopção acelerada visto que, em Janeiro de 2010, eram apenas 540 hospitais e cerca de 1.050 meios, o que representa crescimentos respectivos de 65% e de 119% num período inferior a um ano. Casos como os hospitais St. Jude Children's Research em Memphis ou o Beth Israel Deaconess em Boston são bons exemplos de como o Health 2.0 pode ser utilizado. Ambos os hospitais têm uma presença alargada em redes sociais, convidando os interessados a interagir via You Tube, Facebook e Twitter. Podem ainda subscrever newsletters, feeds RSS e participar em blogs. Adicionalmente, o Beth Israel Deaconess fornece formação em saúde em vídeo online e, em audio, via Podcast. Desenvolveu também uma aplicação específica para dispositivos móveis e disponibiliza um site privado para doentes e prestadores se relacionarem com o hospital.

Outro exemplo muito relevante, este abrangendo a interacção e a colaboração na comunidade médica, é o site www.sermo.com. Com mais de 115.000 membros registados, é uma plataforma que permite aos médicos discutir casos complexos, trocar impressões sobre medicamentos, equipamento médico e assuntos clínicos em tempo real.

Por último a menção a um exemplo Nacional, relativo ao Plano Nacional de Saúde 2011-2016, com visibilidade e presença nas redes sociais.

Consolidação

Outro driver fundamental assenta sobre os racionais de poupança e retorno do investimento em tecnologia, sendo claro que muitas das novas tecnologias, apesar de representarem significativos avanços na prestação, representam custos acrescidos.

Ainda assim, nos últimos anos, tem sido explorado de forma sustentada e crescente, o potencial de racionalização tecnológica decorrente da centralização e consolidação de recursos e da adopção de plataformas mais eficientes e económicas.

Uma das premissas desta racionalização passa pela conversão ou migração de *data centres* obsoletos ou de reduzida eficiência em *data centres* mais recentes e de tecnologia mais actual, quer ao nível dos servidores, quer da infra-estrutura de suporte.

Outra premissa fundamental, tipicamente relacionada com a anterior, baseia-se na transposição de dispositivos físicos, nomeadamente servidores, para dispositivos virtuais que partilham recursos físicos. Este paradigma, designado por virtualização, representa uma utilização mais eficiente e ágil dos recursos disponíveis, sem perda da qualidade de serviço e sendo, também, uma forma de implementação de mecanismos de garantia de continuidade de negócio.

Para além dos ganhos inerentes ao menor consumo energético, a gestão e operação dos sistemas e tecnologias de informação pode ser substancialmente simplificada com a consolidação, potenciando mais facilmente as novas abordagens.

Cloud computing

A generalização das comunicações e o aumento exponencial da largura de banda disponível vieram criar condições para a criação de novas tipologias de serviços de computação.

O conceito de computação em nuvem (cloud computing) surge assim como uma evolução natural da utilização da internet e da adopção das arquitecturas orientadas a serviços, permitindo a disponibilização de recursos, na Web, de forma transparente aos seus utilizadores.

Estes serviços podem incluir recursos físicos, ou seja, infra-estrutura como serviço (IaaS), plataformas tecnológicas (PaaS) e, em última instância, *software* (SaaS) podendo estes ser disponibilizados publicamente (clouds públicas), num universo restritos (clouds privadas) ou de forma híbrida.

Uma das principais características deste modelo é que, tipicamente, os consumidores de serviços não investem na infra-estrutura sendo esta disponibilizada por uma terceira parte e os recursos alugados ou pagos por utilização. Reduzindo a necessidade de investimentos à cabeça, é possível adequar o modelo de aluguer dos serviços às necessidades e utilização real em cada momento, com maior agilidade para o negócio e diluindo os custos, ao longo do tempo, como despesas de operação.

Esta tendência está a ser seguida e impulsionada pelos principais fabricantes de *hardware* e *software* sendo este um modelo que irá, ao longo dos próximos anos, transformar, não só os recursos centralizados mas também as capacidades dos nossos dispositivos móveis ou de secretária.

No contexto da saúde, uma área em que o cloud computing pode ter um papel relevante, visa a centralização das imagens de PACS, para partilha por todos os prestadores, garantindo efectivamente que a informação dos doentes está sempre disponível.

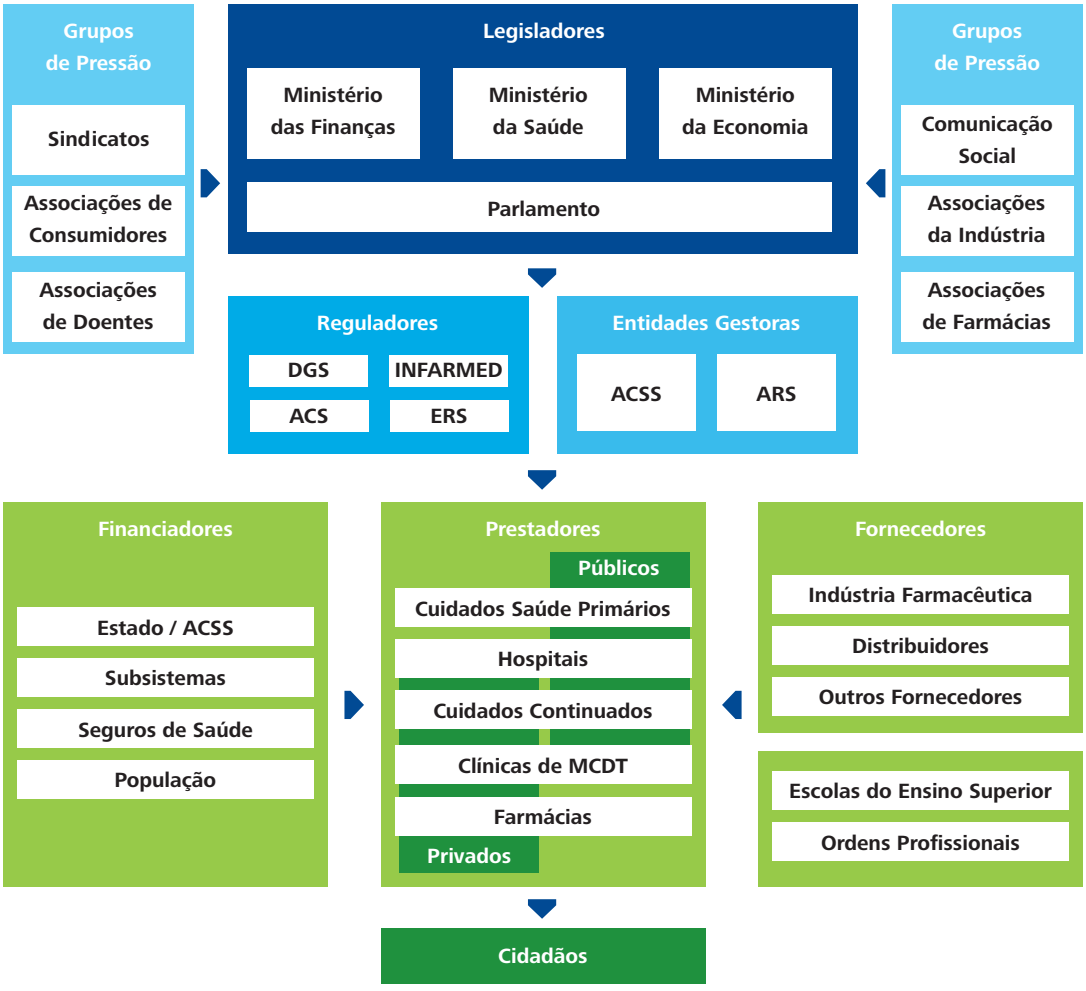
Os *stakeholders* da Saúde

Os *stakeholders* da Saúde

Neste capítulo expõe-se uma visão geral do papel representado pelos principais órgãos que compõem o Serviço Nacional de Saúde, resultantes da Lei nº56/79 de 15 de Setembro.

As instituições de cuidados de saúde primários e as instituições de cuidados secundários e continuados apresentam-se actualmente como a base do SNS e de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde, coabitando com as entidades privadas e sociais de saúde.

Figura 8 – Principais *stakeholders* no sector da saúde em Portugal



Legisladores

No que concerne à política de saúde, o processo legislativo centra-se essencialmente no partido que está no Governo, através de diplomas emanados no exercício do seu poder legislativo ou de projectos de lei colocados para aprovação na Assembleia da República. A iniciativa legislativa cabe também à Comissão Parlamentar de Saúde e ao Parlamento em geral, na elaboração de projectos de lei.

Reguladores

De modo a ser possível assegurar um acesso equitativo e com qualidade aos cuidados de saúde, torna-se essencial garantir a execução das políticas de saúde definidas e fiscalizar a prestação de cuidados aos cidadãos. Entre os vários órgãos encarregues da regulação do sector da saúde em Portugal estão:

- **Alto Comissariado da Saúde**, que tem por objecto o acompanhamento da execução das políticas do Ministério da Saúde, assim como a elaboração do Plano Nacional de Saúde.

- **Direcção-Geral da Saúde,** entidade responsável por coordenar e regular as actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e da qualidade de prestação de cuidados.

- **Entidade Reguladora da Saúde**, que regula e supervisiona a prestação de cuidados de saúde, com foco na qualidade e no acesso aos cuidados prestados.

Especificamente no sector do medicamento, participam ainda as seguintes entidades:

- **INFARMED** (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde), instituto que supervisiona e regula o sector do medicamento, dispositivos médicos e produtos de saúde, para além de contribuir para a definição e execução das políticas do medicamento.

- **INPI** (Instituto Nacional da Propriedade Industrial), entidade responsável pela promoção e protecção da Propriedade Industrial, através da concessão de patentes.

- **DGAE** (Direcção-Geral das Actividades Económicas), que tem como função a aprovação e revisão dos preços dos medicamentos.

Entidades gestoras

- **ACSS** (Administração Central do Sistema de Saúde), que tem por missão principal administrar os recursos humanos, financeiros, instalações, equipamentos e sistemas de informação do SNS.

- **ARS** (Administração Regional de Saúde), que em cada região são responsáveis por garantir o acesso das populações à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde.

Financiadores

O financiamento da saúde em Portugal é executado por entidades de natureza quer pública quer privada.

O **Estado** assume o papel de pagador principal, como consequência da necessidade de garantir o direito ao acesso a cuidados de saúde à generalidade da população. O Estado financia cerca de 70% da despesa total em saúde em Portugal.

Os **seguros de saúde e subsistemas** são outras entidades que asseguram o financiamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários, com base em prémios ou quotizações suportados pelos próprios beneficiários ou pelas suas entidades patronais.

A **população** comparticipa as suas despesas em saúde mediante o pagamento de taxas moderadoras (quando ao abrigo do SNS), ou co-pagamentos (quando enquadradas em subsistemas ou seguros de saúde), ou a totalidade da despesa (quando não abrangida por nenhuma das situações anteriores), para além dos pagamentos de impostos e a seguros e subsistemas.

Prestadores

Prestadores Públicos de Cuidados de Saúde

A prestação pública de cuidados de saúde pode ser dividida em diferentes níveis:

- **Cuidados de Saúde Primários**, prestados na sua grande maioria nos centros de saúde e nas unidades de saúde familiar.

- **Cuidados Hospitalares**, caracterizados por um maior grau de diferenciação face aos cuidados primários.

- **Cuidados Continuados**, cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência, incluindo cuidados ao domicílio.

  Os prestadores públicos de cuidados de saúde diferenciam-se face à restante oferta pois:

  - Os hospitais são unidades tendencialmente vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde de urgência, internamento, consultas, cirurgia de ambulatório e convencional. Nos últimos anos tem existido um reforço da actividade em ambulatório;

  - Em algumas áreas de diferenciação, a oferta pública existe em regime de monopólio;

  - São muitas vezes apontados baixos níveis de eficiência às estruturas do serviço público de saúde, e faltam ainda padrões de qualidade que permitam aferir os resultados dos serviços prestados;

  - A articulação entre as entidades que constituem o serviço público, nomeadamente os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e as unidades de cuidados continuados ainda revela dificuldades.

Os últimos anos foram marcados por grandes transformações na oferta pública, de que se destacam a reforma dos cuidados primários, a continuação da empresarialização dos hospitais e a expansão da rede nacional de cuidados continuados, abordadas adiante neste estudo.

Prestadores Privados e Sociais de Cuidados de Saúde

O sector privado de cuidados de saúde, em que incluimos o sector de social, tem vindo a desenvolver-se e a ganhar um espaço cada vez maior no panorama da saúde em Portugal, em diferentes vertentes: pela constituição de Parcerias Público-Privadas, pela expansão da rede de cuidados continuados, pelo aumento da procura de cuidados de saúde, de que é simultaneamente causa e consequência.

Grande parte do desenvolvimento dos serviços prestados pelos privados é possível também devido ao aumento do número de pessoas abrangidas por seguros de saúde (em 2008 totalizavam já cerca de 2 milhões de beneficiários[13]), que assim recorre com mais facilidade a estes cuidados.

Estes prestadores operam em moldes diferentes do sector público:

- Os prestadores de cuidados no âmbito dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica possuem frequentemente acordos com instituições do SNS, para proporcionar serviços aos seus beneficiários;

- Ainda ao nível dos cuidados no ambulatório, existe uma oferta muito atomizada de consultas de especialidade, em pequenas clínicas e consultórios;

- Nos hospitais privados, a grande maioria dos clientes são beneficiários de seguros ou subsistemas de saúde;

- Estes prestadores têm maior flexibilidade na gestão da sua oferta que os serviços públicos;

- Os prestadores, do sector social têm maior presença na saúde em unidades de cuidados continuados e hospitais de pequena dimensão.

Farmácias

As farmácias são unidades enquadradas no SNS, único veículo para a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica, com excepção dos medicamentos de uso específico, cuja dispensa acontece em ambiente hospitalar. A autorização de abertura de farmácias encontra-se fortemente regulada pelo Ministério da Saúde estando condicionada, nomeadamente por critérios demográficos e geográficos, embora já não seja obrigatório o proprietário ser farmacêutico, mas sim a existência de uma direcção técnica permanente de farmacêuticos. Actualmente, os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) estão também disponíveis nos supermercados e outros espaços comerciais, para além das farmácias. As farmácias não se cingem à dispensa de medicamentos, estando

[13] *Evolução do seguro de saúde em Portugal*, Instituto de Seguros de Portugal, 2009

a alargar cada vez mais o leque de serviços. Hoje, os serviços farmacêuticos passam também pelo apoio domiciliário, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e administração de primeiros socorros, entre outros.

Meios Complementares de Diagnóstico

A oferta no sector público de serviços de diagnóstico e terapêutica é complementada com uma relevante oferta privada. São serviços de apoio médico, onde se incluem médicos radiologistas, médicos patologistas, laboratórios de análises clínicas e de bioquímica e terapeutas, entre outros, que são prestados por especialistas que trabalham em instituições privadas geralmente com convenções com o SNS, com vários subsistemas e companhias de seguros de saúde. É no entanto comum a acumulação de funções por parte destes profissionais com posições no sistema de saúde público.

Fornecedores

Indústria Farmacêutica

Os diversos *players* no mercado farmacêutico posicionam-se ao longo da cadeia de valor consoante os diferentes tipos de medicamentos que comercializam:

- **Medicamentos inovadores ou de marca**, que visam ser pioneiros em determinadas classes terapêuticas ou visam melhorar medicamentos e/ou tratamentos existentes. Assim, as grandes farmacêuticas, que assumem um papel de investigação e desenvolvimento (I&D), assumem toda a cadeia de valor do medicamento, uma vez que são necessários recursos e grandes economias de escala para poder fazer face aos avultados investimentos;

- **Medicamentos licenciados**, medicamentos que entram no mercado através de parcerias entre empresas, tendo a empresa licenciada autorização para produzir, comercializar ou promover os medicamentos (co-marketing, co-produção e co-promoção);

- **Medicamentos genéricos**, são medicamentos que têm a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas que os medicamentos originais que já não estão protegidos por patentes. Os medicamentos genéricos já eram previstos desde 1990 (Decreto-Lei n.º 81/90), mas um conjunto de políticas com vista à promoção da prescrição e do consumo de genéricos levaram a uma grande expansão deste mercado nos últimos anos, tendo a quota de mercado (em quantidade) em ambulatório aumentado de 0,13% no ano 2000 para 8,58% em 2004 e chegando aos 20,09% em Novembro de 2010[14]. As recentes alterações à Política do Medicamento aprovadas recentemente têm o intuito de elevar ainda mais o consumo destes medicamentos e aumentar a concorrência entre estes.

Escolas Superiores

O Ensino Superior é o responsável pela formação de médicos, enfermeiros e técnicos do sector, em alguns casos depois credenciados pelas Ordens (dos Médicos e dos Enfermeiros, por exemplo) para poderem exercer a profissão. Assumem um papel importante no planeamento da oferta de profissionais da saúde – actualmente a escassez de médicos nas regiões mais interiores do país cria problemas à prestação de cuidados de saúde, em especial ao objectivo do Governo de diminuir a lista de cidadãos sem médico de família.

A vontade política de aumento do número de médicos levou à abertura de novas universidades e ao aumento do número de vagas (verificou-se um aumento das vagas em 40% entre 2004 e 2009, o que se reflectiu num aumento em 30% dos alunos inscritos).

Forças de pressão

O sector da saúde é fortemente pautado pelas forças de pressão e interesses instalados. Várias associações e organizações como os Sindicatos Profissionais (Médicos, Enfermeiros, etc), Associação Nacional de Farmácias, a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, entre outras assumem a defesa dos interesses associativos e corporativos e oferecem muitas vezes o seu apoio técnico e científico. Do lado do cidadão não existe uma organização oficial de defesa dos seus interesses, embora surjam cada vez mais comissões de utentes e existam várias Associações de Doentes que promovem e defendem os interesses específicos dos seus associados.

A Comunicação Social é também um importante grupo de pressão, nomeadamente a Comunicação Social de carácter generalista, que exerce uma forte pressão sobre o poder político.

[14] Fonte: INFARMED – Análise Mensal do Mercado

O sector da Saúde

O sector da Saúde

O nível de saúde da população portuguesa tem verificado uma grande melhoria ao longo dos anos, do qual destacamos os significativos aumentos na esperança média de vida (em 2000 era de 80,2 anos e em 2008 atingia já os 82,4 anos).

Um bom exemplo diz respeito, à taxa de mortalidade infantil de 3,3 por 1.000 nados vivos, que está na média da UE 15[15] e melhor que países como o Reino Unido, Espanha ou Holanda.

No entanto, Portugal ainda compara mal no número de anos de vida potencialmente perdidos (4.125 em 2008, o mais alto da UE 15[16]), embora seja de assinalar o progresso no período de 2000 a 2008.

O sistema de saúde de um país e a sua organização são factores determinantes do estado de saúde da sua população. Em Portugal, o sistema de saúde inclui prestadores públicos, privados e sociais.

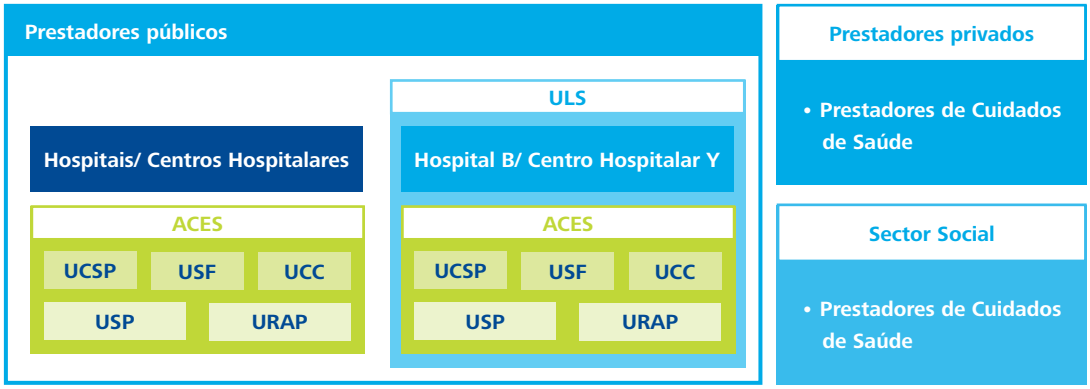
O SNS tem especial relevância porque tem um carácter universal. Como tal, melhorar a eficiência e a eficácia do SNS tem estado na base de um conjunto vasto de medidas e reformas que foram implementadas nos últimos anos.

Esta secção visa abordar algumas das medidas tomadas, nomeadamente a reorganização da oferta de cuidados (com foco nos cuidados de saúde primários, na expansão das unidades locais de saúde e na rede nacional de cuidados continuados integrados) e o novo pacote do medicamento.

A reorganização da oferta de cuidados

Nos últimos anos assistiu-se a uma reorganização da estrutura da oferta de cuidados de saúde. Esta reorganização tem em vista principalmente a melhoria da prestação de cuidados.

Figura 9 – Prestadores de cuidados de saúde em Portugal



[15] OCDE, Health Data 2010
[16] Portugal Health System Performance Assessment, Who, 2010

Cuidados de saúde primários

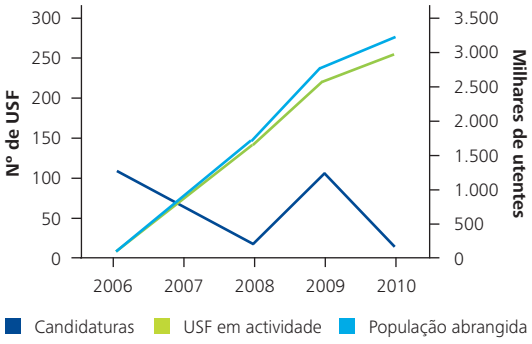
Os cuidados de saúde primários são reconhecidos como sendo o pilar de um sistema de saúde e assumem um papel importante na prevenção da doença e na promoção da saúde, devendo permitir uma ligação com os outros serviços e níveis de cuidados, viabilizando a continuidade dos cuidados. Desta forma, deu-se início a uma reforma com vista à reconfiguração da prestação de cuidados de saúde primários.

A reforma assentou numa reorganização funcional dos cuidados de saúde primários, extinguindo as sub-regiões de saúde, que até aqui estabeleciam a ponte entre os Centros de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde, com funções essencialmente administrativas. Em simultâneo, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Os ACES são estruturas administrativas, constituídas por várias unidades funcionais, e que agrupam um ou mais centros de saúde. Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população adstrita à sua área geográfica, através da contratualização da prestação de serviços com as unidades funcionais (Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar (USF), entre outras). Para além disso, faz parte da missão dos ACES o desenvolvimento de actividades de vigilância epidemiológica, de investigação em saúde e de controlo e avaliação dos resultados.

Destas unidades funcionais destaca-se a criação das USF, unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multi-profissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Este modelo de prestação de cuidados permite manter uma relação de maior proximidade com os cidadãos, através do contacto constante e personalizado. Operando com base na partilha de informação e complementaridade entre profissionais de saúde, é possível com este modelo obter uma maior cobertura de cidadãos com médico de família do que com o modelo tradicional. O número de USF tem aumentado nos últimos anos, sendo o objectivo cobrir todo o território nacional com USF até 2013.

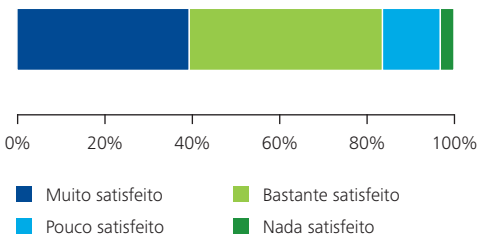
Figura 10 - Evolução das USF[17]



[17] MCSP – Estatísticas das USF, Relatório Nov. 2010

Este modelo tem tido aceitação generalizada entre os cidadãos, sendo que mais de 80% encontram-se bastante ou muito satisfeitos com o serviço, valorizando principalmente o relacionamento com os médicos e a sua competência e precisão.

Figura 11 – Avaliação do modelo pelos cidadãos[18]



Embora o modelo das USF seja indicado como um caso de sucesso por ter causado um impacto positivo na satisfação dos cidadãos (cerca de 87% dos inquiridos recomendariam a sua USF aos seus amigos) e dos profissionais de saúde, melhorando a acessibilidade aos cuidados de saúde, ainda podem ser apontados alguns problemas, nomeadamente a cobertura ainda insuficiente, a carência de acções de formação (sentida pelos profissionais) e a dificuldade sentida na articulação com as respectivas ARS[19].

Evolução da rede nacional hospitalar

Nos últimos anos assistiu-se à criação de centros hospitalares, que agrupam diversas entidades hospitalares. A criação destes centros pretendeu potenciar um sistema de gestão integrado de modo a tornar mais eficiente a gestão dos diferentes meios assistenciais, humanos, técnicos e financeiros das entidades que os compõem, ao encontro dos objectivos do programa do Governo nesta matéria que aponta para uma "(…) continuidade do processo de concentração, integração e racionalização de recursos através da oferta de cuidados em centros hospitalares e unidades locais de saúde. (…)"[20].

Com a criação dos centros hospitalares foi também dada continuidade ao processo de empresarialização hospitalar, que se inseriu numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde e que pressupôs a adopção de uma gestão inovadora com carácter empresarial, orientada para a satisfação das necessidades do cidadão.

"(…) As Entidades públicas empresariais são pessoas colectivas de natureza empresarial, com fim lucrativo, que visam a prestação de bens ou serviços de interesse público, nas quais o Estado ou outras entidades públicas estatais detêm a totalidade do capital (…)".

Com a passagem a Entidades Públicas Empresariais, EPE, o Governo pretendeu compatibilizar a natureza pública das instituições hospitalares, tuteladas pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, com um sistema de gestão empresarial por objectivos, mais flexível, mas ao mesmo tempo mais exigente. Pretendeu ainda promover mais e melhor qualidade nos serviços e um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde bem como a potenciação do desenvolvimento de uma cultura de mérito nos profissionais destas instituições.

[18] Estudo inserido no projecto Europep - CEISUC – UC, 2009
[19] Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar, UMCSP (2008)
[20] Programa do XVIII Governo Constitucional (2009)

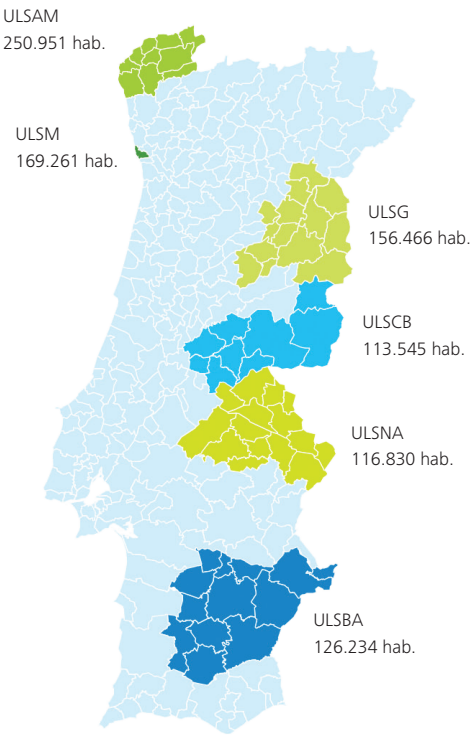
A expansão das unidades locais de saúde

A articulação entre os diferentes níveis de cuidados é tida como essencial para garantir a continuidade dos cuidados de saúde prestados à população e a melhoria da eficiência e da qualidade dos sistemas de saúde[21]. Contudo, as diferenças existentes entre as estratégias de intervenção na saúde e na doença dos cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados tendem a dificultar a cooperação entre os mesmos, o que muitas vezes não permite alcançar uma articulação efectiva e eficaz.

Deste modo, e de forma a ir ao encontro da necessidade de assegurar esse *continuum* de cuidados e promover uma melhor comunicação e coordenação entre os intervenientes no percurso clínico dos cidadãos, foram criadas as unidades locais de saúde. O modelo das unidades locais saúde (ULS) é um modelo de prestação de cuidados de saúde a uma determinada área geográfica, tendo por base a integração de cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados numa entidade única, com natureza de entidade pública empresarial.

Criada em 1999, a ULS de Matosinhos foi a pioneira neste modelo de gestão. Desde 2007, o mesmo modelo foi aplicado a mais 5 áreas geográficas, através da criação das ULS do Norte Alentejano, do Alto Minho, da Guarda, do Baixo Alentejo e de Castelo Branco, dando cobertura a cerca de novecentos mil habitantes.

Figura 12 – Distribuição das ULS em Portugal e população abrangida



[21] Achieving better value for money in health care, OCDE (2009)

Ainda não teve lugar uma avaliação formal deste modelo de organização de cuidados pelo que estão por apurar os benefícios efectivos decorrentes da sua aplicação em Portugal e os problemas que subsistem. No entanto, a experiência da aplicação de modelos de integração e coordenação em outros países[22] tem demonstrado que as maiores dificuldades sentidas são:

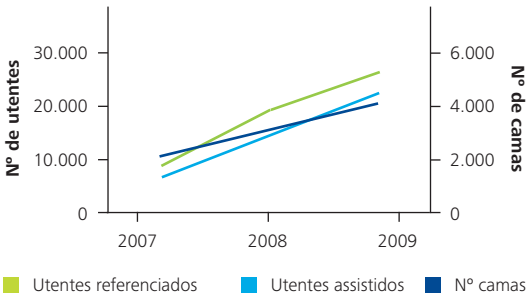
- Insuficiência de informação clínica, de gestão e de qualidade;
- Capacidade insuficiente dos serviços de ambulatório;
- Desalinhamento entre o modelo de financiamento e os objectivos do sistema de saúde;
- Barreiras administrativas e de regulação à coordenação.

Expansão da rede nacional de cuidados continuados integrados

A crescente dependência de uma população progressivamente mais idosa e o aumento da incidência de doenças crónicas em Portugal têm levado a uma alteração do padrão de necessidades em saúde. Simultaneamente, a indisponibilidade por parte das famílias de compatibilizar estas novas necessidades nas suas estruturas familiares e de prestar o apoio social carecido por esta população, levou à expansão dos cuidados continuados, cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência.

A rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições que integram um modelo organizacional criado por uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. A RNCCI é baseada na articulação entre instituições locais de saúde e de solidariedade social, entidades privadas e autarquias, que prestam cuidados continuados e paliativos a cidadãos idosos e pessoas em situação de dependência, criando a possibilidade de uma vida com maior autonomia e qualidade, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social da pessoa dependente.

Figura 13 - Evolução da RNCCI[23]



[22] Improved health system performance through better care coordination, OCDE (2007)
[23] Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI, UMCCI (2009)

Embora se destine a cidadãos de todas as idades, a maioria dos utilizadores da rede são idosos, sendo que em 2009 cerca de 81% dos cidadãos referenciados para a RNCCI tinham mais de 65 anos de idade e 42% tinham idade superior a 80 anos[24].

A rede tem vindo a crescer significativamente, tendo a capacidade da rede aumentado em 50% de 2007 para 2008 e em 37% de 2008 para 2009. No 1º semestre de 2010 a RNCCI totalizava 4.120 camas (mais 5% face ao final de 2009), tinham sido referenciados nesse período 10.251 cidadãos (acréscimo de 20% face ao final de 2009) e assistidos 13.184 cidadãos (acréscimo de 33% face ao final de 2009)[25].

A sua actividade tem sido reconhecida como indispensável, no entanto subsistem alguns problemas, nomeadamente, a capacidade ainda insuficiente para fazer face à procura crescente e a existência de algumas barreiras no acesso à rede relacionadas com a articulação com hospitais e outras unidades de saúde.

Requalificação da rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência

A rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência assume um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde, na medida em que as urgências continuam a ser uma das principais portas de entrada na admissão de doentes aos hospitais.

Em 2001[26] faziam parte da rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência 39 serviços de urgência, 14 dos quais serviços de urgência polivalentes (SUP) e 25 serviços de urgência médico-cirúrgica (SUMC). Face ao desajuste da rede à realidade nacional existente e à evolução demográfica e de acessibilidades, em 2008[27] foram decretadas várias medidas de modo a alterar esta situação. Das medidas[28] adoptadas fizeram parte:

- Reconhecimento formal de 89 serviços de urgência (14 SUP, 30 SUMC e 45 SUB), criando o conceito de serviço de urgências básico (SUB);
- Encerramento de 15 serviços de urgência;
- Definição como meta que 90% das respostas a socorro ao local ocorressem dentro de 30 minutos a nível nacional (15 minutos nas áreas urbanas).

Até Abril de 2010, foram criadas 39 SUB e encerradas 9 urgências nas Regiões Norte e Centro do país, estando ainda por atingir os objectivos traçados.

Com a implementação destas medidas pretendeu-se assegurar uma melhoria da qualidade da assistência urgente e emergente, a acessibilidade a estes cuidados, a equidade no acesso e a promoção da racionalização de recursos, de modo a melhorar a eficiência da rede.

[24] Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI, UMCCI (2009)
[25] Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI, UMCCI (1º semestre de 2010)
[26] Relatório sobre Rede de referenciação hospitalar de Urgência/Emergência, DGS (2001)
[27] Despacho n.º 5414/2008, Diário da República, 2.ª série — N.º 42 — 28 de Fevereiro de 2008
[28] Relatório Final – Proposta da Rede de Urgências, Janeiro 2007

Nova política do medicamento

Com a crescente pressão sobre os custos da saúde e a recente conjuntura de crise económica, o Governo determinou medidas que visaram o controlo de custos com medicamentos financiados pelo SNS. Estas medidas visaram a reformulação de algumas regras aplicadas a este sector, nomeadamente aos medicamentos sujeitos a receita médica. As principais alterações (definidas nos Decretos-lei 106-A/2010, 48-A/2010 e nas Portarias nº 312-A/2010 e nº 337-A/2010) foram:

- Cessação da comparticipação em 100% de todos os medicamentos para os cidadãos que beneficiem do regime especial de comparticipação, passando a ser comparticipados em 95% os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do grupo;
- Revisão das regras para a definição do preço de novos medicamentos genéricos, tendo de ser o seu preço de venda ao público 5% inferior ao do ultimo genérico aprovado, quando existem cinco ou mais medicamentos genéricos no grupo;
- O preço de referência passa a ser apurado pela média dos 5 medicamentos mais baratos em cada grupo homogéneo;
- Redução do prazo de decisão do pedido de comparticipação do Estado no preço do medicamento genérico para 75 dias;
- Actualização dos escalões de comparticipação;
- Descida administrativa de 6% no preço de venda ao público dos medicamentos vendidos na farmácia de oficina;
- Introdução obrigatória até 1 de Março de 2011 de prescrição electrónica para efeitos de comparticipação;
- Alargamento da revisão anual de preços a todos os medicamentos comparticipados;
- Reposição das margens de comercialização de grossistas e farmácias para 8% e 20%, respectivamente, sem impacto no preço de venda ao público.

Estas medidas visaram promover a redução dos preços dos medicamentos e a utilização de genéricos, apontadas como das mais importantes áreas de intervenção para a redução dos gastos em medicamentos.

Adicionalmente, nos últimos anos, foi revista a legislação que regula a entrada de medicamentos de uso exclusivo hospitalar, tendo sido criado um processo de autorização de comparticipação que procede à análise de custo-efectividade dos medicamentos, negoceia preços e decide a sua entrada no sector hospitalar.

A liberalização nas farmácias de oficina

Nos últimos anos verificaram-se também alterações legislativas com impacto directo no modo de gestão e distribuição de medicamentos em Portugal.
Por um lado implementou-se a liberalização da propriedade das farmácias de oficina, e por outro liberalizou-se a comercialização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das farmácias.

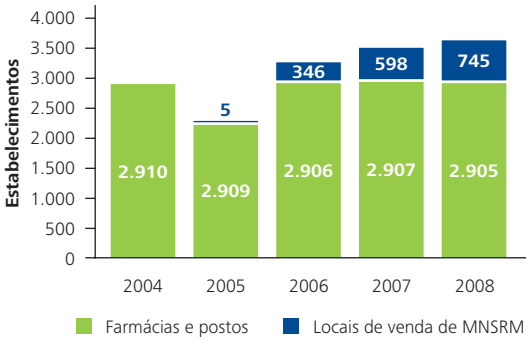
No entanto, foi mantida a obrigatoriedade dos novos estabelecimentos continuarem a ter de respeitar as regras e procedimentos em vigor que servem de base ao sistema de regulação do medicamento, de modo a garantir a qualidade e segurança da sua utilização[29] e a manter a supervisão e acompanhamento dos estabelecimentos por pessoal qualificado para o efeito.

Com a implementação destas medidas foi optimizada a acessibilidade da população aos MNSRM, dado que foram criados mais de 700 locais de venda por todo o país[30].

Estas medidas pretendiam também potenciar uma redução gradual de preços, através da implementação de um regime de preços livres e de livre concorrência.

No período de Janeiro a Outubro de 2010, o mercado de MNSR foras das farmácias representava aproximadamente 15%. Já no que diz respeito aos preços houve um acréscimo de preços desde a introdução da liberalização em 2005.

Figura 14 - Evolução do número de estabelecimentos de venda de medicamentos



[29] Decreto-Lei 134/2005 de 16 de Agosto
[30] Estatística do Medicamento 2008, INFARMED (2008)

Problemas do sector

Problemas do sector

Este capítulo foi desenvolvido tendo por base as opiniões recolhidas nas entrevistas realizadas com várias personalidades do sector bem, como a análise da Deloitte, pretendendo promover a reflexão sobre os problemas da saúde em Portugal.

A análise às entrevistas realizadas permitiu identificar os principais problemas mencionados pelos diversos intervenientes no sector da saúde. A imagem seguinte reúne estes problemas, agrupados por cada grupo de *stakeholders*, representando o nível de consenso revelado:

Figura 15 - Principais problemas no sector da saúde

Legisladores	Reguladores	Pagadores	Prestadores Públicos	Prestadores Privados
Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema	
Modelo organizacional e de gestão inadequado		Modelo organizacional e de gestão inadequado	Modelo organizacional e de gestão inadequado	Modelo organizacional e de gestão inadequado
Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico		Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico
Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados		Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados	Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados	Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados
Sistema não está centrado no cidadão			Sistema não está centrado no cidadão	Sistema não está centrado no cidadão
Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	
	Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado		Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado	Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado
Falta de clareza no papel das entidades privadas				Falta de clareza no papel das entidades privadas
Desigualdades e má qualificação do acesso	Desigualdades e má qualificação do acesso	Desigualdades e má qualificação do acesso	Desigualdades e má qualificação do acesso	
Insuficiências ao nível da qualidade	Insuficiências ao nível da qualidade		Insuficiências ao nível da qualidade	
Sistema pouco transparente			Sistema pouco transparente	Sistema pouco transparente
Burocracia			Burocracia	
	Instabilidade legislativa			Instabilidade legislativa
	Pouca investigação e desenvolvimento			
			Pouca liderança e cultura resistente à mudança	

Líderes de Opinião	Associações de Profissionais	Associações de Doentes	Escolas e Investigadores	Entidades do Sector Farmaçêutico
Insustentabilidade financeira do Sistema	Insustentabilidade financeira do Sistema			Insustentabilidade financeira do Sistema
Modelo organizacional e de gestão inadequado	Modelo organizacional e de gestão inadequado			Modelo organizacional e de gestão inadequado
Ausência de planeamento estratégico		Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico	Ausência de planeamento estratégico
Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados			Planeamento e gestão de Recursos Humanos desadequados	
Sistema não está centrado no cidadão	Sistema não está centrado no cidadão		Sistema não está centrado no cidadão	
Falta de informação com qualidade		Falta de informação com qualidade	Falta de informação com qualidade	
Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado				Modelo de financiamento/alocação de recursos desajustado
Falta de clareza no papel das entidades privadas		Falta de clareza no papel das entidades privadas	Falta de clareza no papel das entidades privadas	Falta de clareza no papel das entidades privadas
Sistema pouco transparente				
Burocracia	Burocracia			Burocracia
				Instabilidade legislativa
Pouca investigação e desenvolvimento				Pouca investigação e desenvolvimento
Pouca liderança e cultura resistente à mudança	Pouca liderança e cultura resistente à mudança		Pouca liderança e cultura resistente à mudança	

Mais consenso Algum consenso Menos consenso

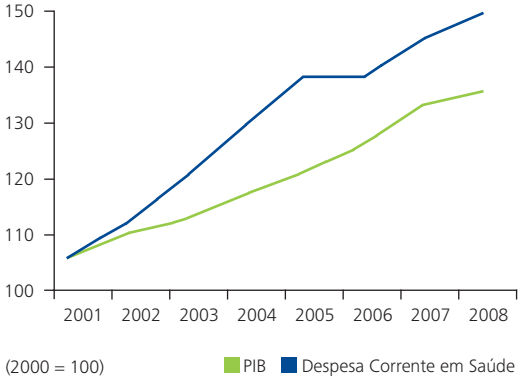
Em seguida, explicitamos os principais problemas referidos acima.

Insustentabilidade financeira do sistema de saúde

A insustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde surge no topo dos problemas manifestados pelos diversos *stakeholders* na área da saúde.

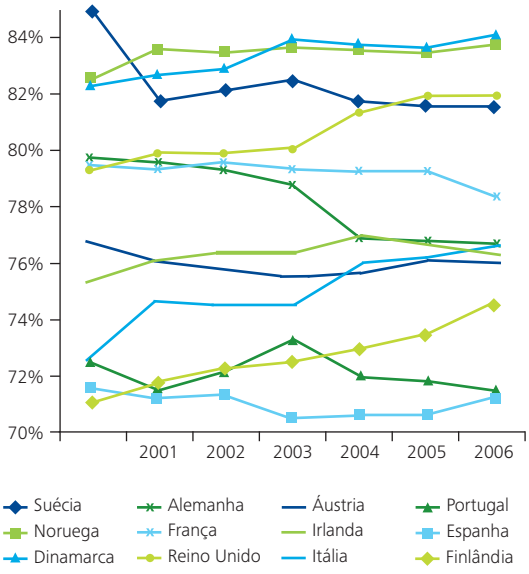
Ao longo dos últimos anos tem sido possível observar um aumento generalizado da despesa privada e pública em saúde, tendo até o crescimento desta última ultrapassado frequentemente o ritmo de crescimento do PIB. Esta situação cria uma constante preocupação relativa à sustentabilidade do sistema de saúde actual em Portugal.

Figura 16 - Evolução da Despesa Corrente em Saúde e PIB (2000-2008)[31]



Adicionalmente, a componente da despesa pública no total da despesa em saúde em Portugal é relativamente baixa quando comparada com outros países da Europa, o que revela o encargo adicional não reflectido nos impostos, que os portugueses suportam com a saúde, como se pode verificar no gráfico:

Figura 17 - Despesa Pública em Saúde no total da despesa em Saúde (%)[32]



Existem diversos factores que irão agravar os custos da saúde em Portugal e colocar desafios crescentes sobre a sustentabilidade do sector.

[31] INE, Contas Satélite da Saúde 2000-2008
[32] OECD Health Data 2010, Junho 2010

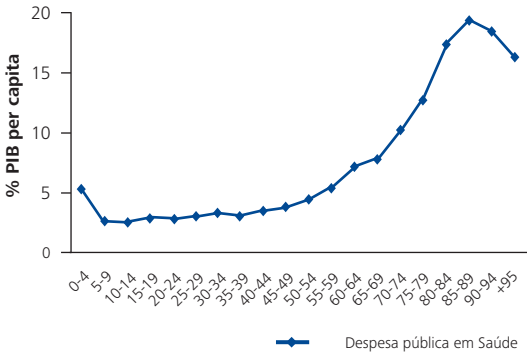
Pressão Demográfica

As alterações ao nível da estrutura demográfica populacional, associadas a um aumento da esperança média de vida e um envelhecimento da população, pressionam a sustentabilidade do sistema de saúde actual.

Efectivamente, em Portugal, como na maioria dos países, os gastos em saúde são maiores nos primeiros anos de vida e sobem exponencialmente nos últimos anos de vida[33]:

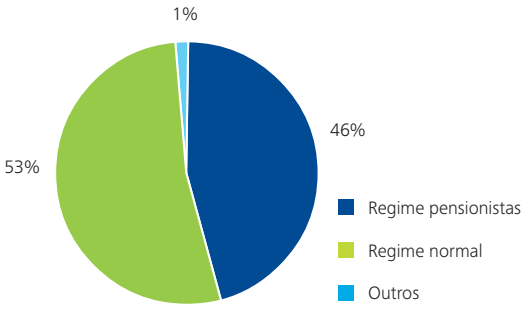
Desta forma, por um lado, a redução percentual da população activa traduz-se numa redução da população que financia o sistema, por outro, há um aumento dos gastos por parte da faixa populacional mais idosa, que recorre mais a serviços de saúde. O regime de pensionistas foi responsável por 46% dos encargos com medicamentos do SNS, sendo que a população portuguesa com idade superior a 65 anos corresponde a cerca de 19%[34].

Figura 18- Despesa Pública em saúde por grupo etário



Fonte: *ENPRI-AGIR, national authorities and secretariat calculations,* OCDE 2006

Figura 19 - Encargos do SNS com medicamentos, por Grupo de Cidadãos, 2008[35]



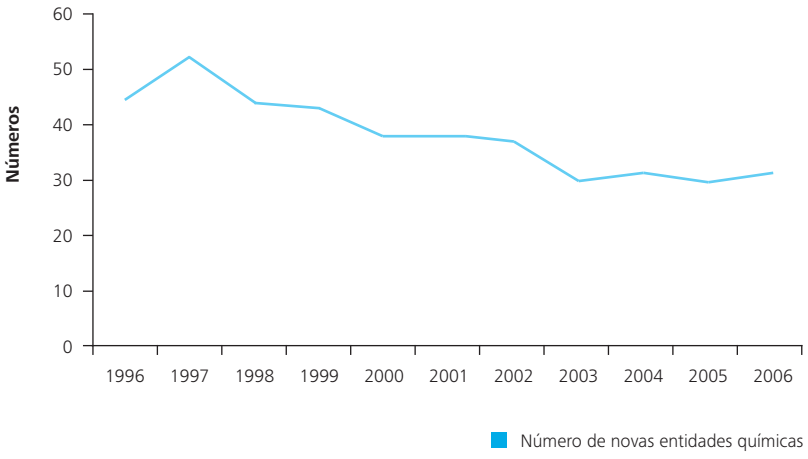
[33] ENPRI-AGIR, national authorities and secretariat calculations, OCDE 2006
[34] INE, 2009
[35] A Indústria Farmacêutica em Números – Edição 2010, APIFARMA

Inovação e modernização tecnológica
A gestão da inovação tecnológica revela-se crítica para o controlo de custos em saúde.

Actualmente continuam a ser desenvolvidas novas tecnologias ao nível de meios e processos, tendo como objectivo optimizar o diagnóstico e/ou tratamento de doentes. No entanto, a introdução de novas tecnologias na prática corrente traduz-se normalmente num incremento da despesa em saúde. As novas tecnologias são normalmente mais caras do que as existentes e apresentam diversos custos indirectos associados, como os custos de formação e promoção.

A inovação na área da saúde, nomeadamente na área do medicamento, continua a ser de extrema relevância e uma aposta dos principais *players* do sector. Essa inovação traduz-se normalmente numa melhoria da efectividade e/ou da segurança dos produtos e serviços desenvolvidos. Mas é importante continuar a apostar na inovação disruptiva, que se traduz numa efectiva mais-valia para os doentes, em detrimento da aposta num modelo de inovação incremental, com benefícios reais marginais.

Figura 20 – Tendência de lançamento de novas entidades químicas, 1996-2006[36]



[36] Fonte: OECD Health Policy Studies, Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market, 2008

Custos com medicamentos

Os medicamentos têm um peso significativo na despesa total em saúde, pelo que qualquer oscilação no seu preço tem um elevado impacto na despesa.

O mercado total de venda dos medicamentos apresentou uma taxa média de crescimento anual (TMCA) para o período 2005-2009 de 3,2%, fortemente pressionada pelo aumento do mercado hospitalar com uma TMCA de 9,5%.

No entanto, importa referir que os medicamentos têm sido, nos últimos anos, o grande alvo do esforço de redução de custos do SNS, tendo a sua taxa de crescimento sido menor que a dos custos da saúde em geral, como se pode observar nas figuras seguintes.

Figura 21 – Venda de Medicamentos – Mercado Total (PVP)[37]

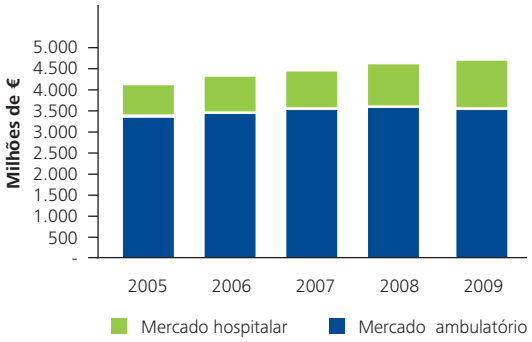
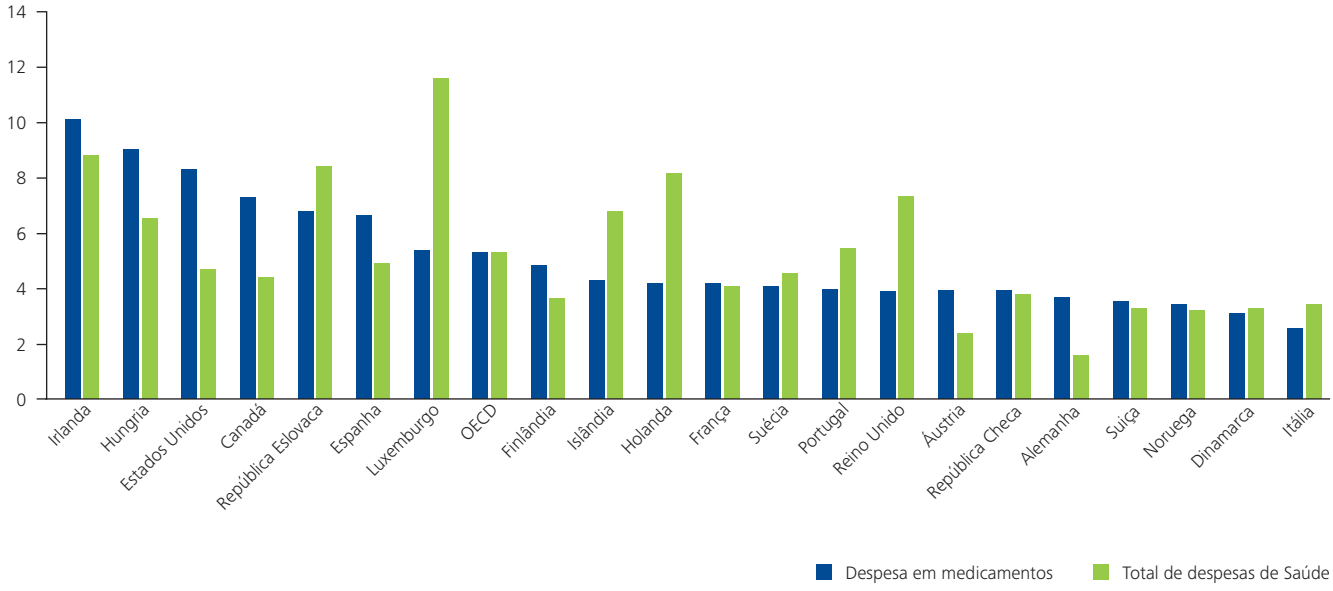
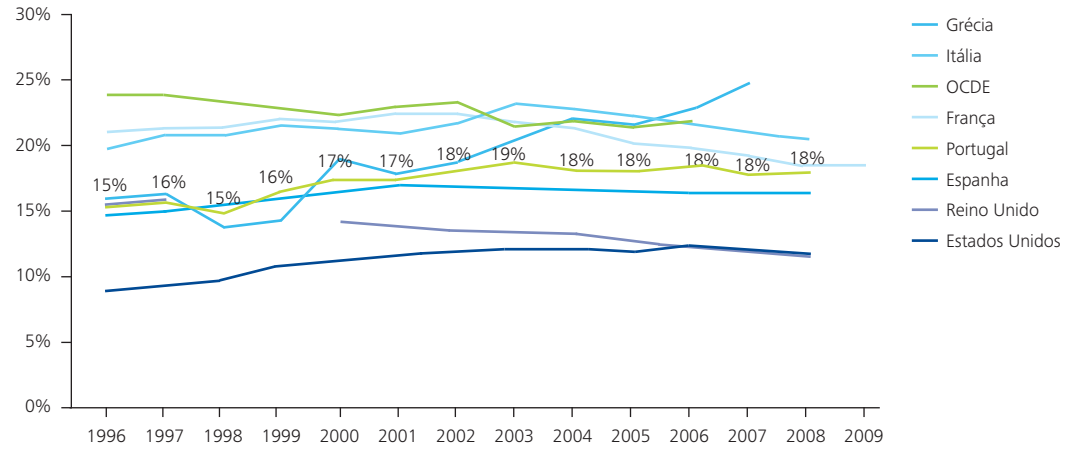


Figura 22 – Taxas reais de crescimento da despesa em medicamentos e na saúde/2008[38]



[37] A Indústria Farmacêutica em Números – Edição 2010, APIFARMA
[38] OECD Health Data 2010

Figura 23 – Evolução dos custos com medicamentos em percentagem do total de custos com saúde[39]



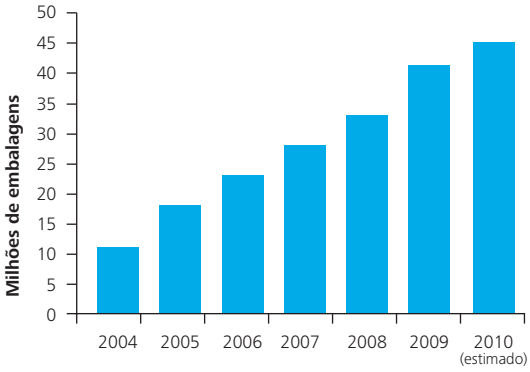
Uma das principais apostas do Governo como medida para reduzir a despesa tem sido nos medicamentos genéricos, que revelaram uma TMCA em volume (embalagens) de 21% nos últimos 4 anos. No entanto, devido à redução do preço dos genéricos em 30% desde 1 Outubro de 2008, verificou-se um decréscimo das vendas totais (PVP) de 5%, ainda que em quantidade o mercado continuasse a crescer – resultado da baixa de preço .

Figura 24 – Venda de Genéricos – Mercado Total (PVP)[40]

[39] OECD Health Data 2010

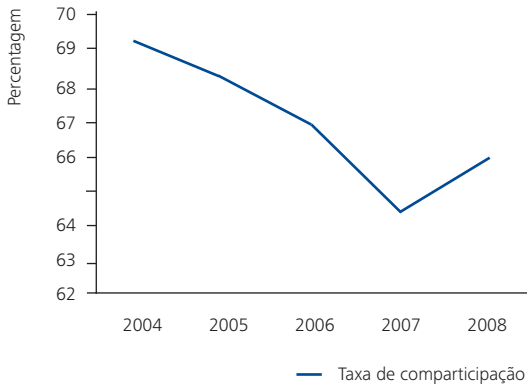
[40] INFARMED, I.P. - Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde/ Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde Janeiro a Outubro de 2010

Figura 25 - Venda de Genéricos: Mercado Total (embalagens)[41]



Complementarmente, tem-se assistido à redução da taxa de comparticipação média dos medicamentos, passando de 69% em 2004 para 65,7% em 2008, uma redução de 5%. Esta redução será superior, com a implementação dos novos escalões de comparticipação.

Figura 26 – Taxa Média de Comparticipação[42]



Ainda assim, nos últimos 2 anos inverteu-se a tendência de descida dos encargos do SNS com medicamentos, registando-se uma taxa de crescimento de 6,3% em 2009, correspondente a um valor total de 1.565 milhões de Euros[43].

Figura 27 – Crescimento dos Encargos do SNS com Medicamentos[44]

Esta tendência crescente levou o Governo a adoptar medidas adicionais de controlo da despesa com medicamentos, consubstanciadas nos pacotes legislativos sobre o medicamento, emitidos em 2010.

[41] INFARMED, I.P. - Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde/ Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde Janeiro a Outubro de 2010
[42] A Indústria Farmacêutica em Números – Edição 2010, APIFARMA
[43] A Indústria Farmacêutica em Números – Edição 2010, APIFARMA
[44] A Indústria Farmacêutica em Números – Edição 2010, APIFARMA

Papel do Doente/Cliente

Com o passar dos anos e a crescente consciencialização dos doentes enquanto *stakeholders* do sistema de saúde, tem havido uma evolução gradual do papel de doente para o de cliente, com as inerentes consequências no seu nível de informação, decisão e pressão. Com o aumento crescente de fontes de informação disponibilizadas ao público, o cidadão começa gradualmente a ter algum poder de influência no seu diagnóstico e tratamento. Embora continue a ser o médico o decisor último, o cidadão é mais informado e começa a procurar a melhor solução para o seu problema.

Actualmente verifica-se também um aumento da procura de serviços de saúde, havendo mesmo quem reconheça um estado de "medicalização da vida pessoal". Existe um maior recurso às instituições de saúde do que no passado, que se reflecte no correspondente aumento da despesa. Este aumento é ainda mais preponderante, pois o sistema apresenta-se invertido, continuando grande parte dos doentes a ser admitidos directamente nos serviços de urgência. Na falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, as urgências continuam a ser, para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no Serviço Nacional de Saúde e elevados custos.

Ausência de planeamento estratégico

O planeamento estratégico deveria assumir um papel indispensável na política de saúde, contudo não se tem assistido a uma definição clara dos objectivos para a saúde, resultando por vezes na implementação de políticas *ad hoc*, o que cria obstáculos na preparação do sistema para lidar com as alterações que se têm continuamente vindo a verificar no contexto da saúde.

O Plano Nacional de Saúde, elaborado em 2004, foi desenvolvido com o intuito de ser um dos vectores do planeamento estratégico. No entanto, apresentou-se como sendo de difícil implementação, por falta de instrumentos de articulação de politicas a nível regional e local e de alocação e gestão dos recursos. Embora o novo Plano Nacional de Saúde, em fase de elaboração, vise endereçar estas questões, prevêem-se algumas dificuldades na sua implementação, que se prendem com as características do sector e do sistema em Portugal:

- A insuficiência de informação de gestão útil e credível torna difícil a medição dos potenciais impactos de medidas tomadas;
- A insuficiência de dados epidemiológicos impossibilita o planeamento segundo as características da população e dificulta o estabelecimento de prioridades;
- A oferta hospitalar não está completamente adequada às necessidades dos cidadãos, já que o seu planeamento e expansão não partem dessa base. Por outro lado, as tentativas de ajuste da oferta existente, como o encerramento de serviços, recebem normalmente uma contestação popular a que os governantes não têm resistido;
- A participação de entidades externas ao sector, mas com potencial impacto na promoção da saúde e prevenção da doença é ainda reduzida.

Por outro lado, o planeamento estratégico não pode ser só feito pelos órgãos centrais. É necessário envolver entidades como a DGS e a ACSS, mas também as ARS e os ACES pela sua proximidade ao terreno. Outros *players*, como os parceiros da indústria, são também excluídos do processo, quando seria útil perceber quais as novas terapêuticas que poderão aparecer no período que se está a planear.

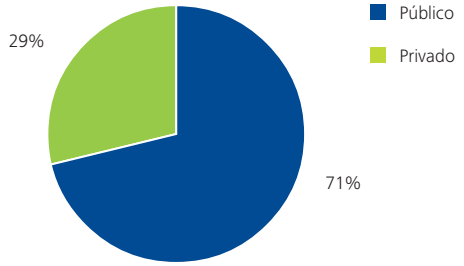
Ao nível dos *outputs*, o sistema carece ainda de uma cultura de avaliação e responsabilização que permita agir sobre os *gaps* entre as metas traçadas e os resultados atingidos. E isto verifica-se desde os níveis mais micro das unidades prestadoras de cuidados até aos objectivos globais do sistema em termos de resultados em saúde, eficiência e sustentabilidade.

Por outro lado, as próprias políticas e reformas implementadas raramente são avaliadas e ajustadas, dando antes lugar a medidas adicionais desarticuladas, numa descontinuidade e visão de curto prazo que revelam a falta de estratégia para todo o Sistema de Saúde.

Financiamento

O financiamento da saúde em Portugal é, na sua grande maioria, de origem pública, sendo que menos de 30% dos cuidados de saúde prestados são financiados por entidades privadas e directamente pelos cidadãos.

Figura 28 - Financiamento da saúde por natureza[45]



O modelo de financiamento

Actualmente, existem três modelos distintos de financiamento dos prestadores de saúde do SNS:

- **Cuidados Primários** – negociação de um plano de desempenho, financiado com base num orçamento económico, ao qual podem ser acrescidos incentivos institucionais mediante o cumprimento de indicadores específicos acordados, em particular no que se refere às USF;
- **Hospitais** – financiamento dependente de metas de produção, eficiência e qualidade, com preços ponderados pelo índice de *case-mix* do hospital;
- **Unidades Locais de Saúde** – pagamento por capitação ajustada pelo risco associado à população coberta por cada ULS.

Apesar de o actual modelo utilizado para o pagamento aos hospitais, que se baseia na complexidade dos actos realizados, poder ser considerado um modelo mais justo, permitindo associar os montantes a financiar às características de cada hospital, pode levar os hospitais a optar por prestar cuidados de saúde mais especializados de modo a alcançar um patamar superior de diferenciação, como forma de captar uma parte maior do valor disponível para o financiamento.

Esta situação é potenciadora de graves desequilíbrios para o sistema de saúde, incentivando os prestadores a dar preferência ao atendimento de casos mais diferenciados, sendo as situações menos complexas menos atractivas.

[45] INE, 2006

Paralelamente, este modelo não incentiva a essencial cooperação entre os cuidados secundários e os cuidados primários, pois para os hospitais, promover um maior consumo destes poderia ser sinónimo de transferência de cidadãos para estes serviços e perda de produção.

Um dos problemas apontados a este modelo é também o facto de não contemplar as diferenças regionais, com impactos mais visíveis nos custos dos recursos humanos. Os gastos com estes recursos podem representar, em média, mais de 21% dos custos do SNS[46], (atingindo nos hospitais valores que rondam os 50%). Contudo, variam significativamente consoante a localização das unidades de saúde.

O principal problema que surge a este respeito deve-se à escassez de recursos humanos e à fraca atractividade das zonas interiores e mais despovoadas, levando a que se torne necessário oferecer incentivos de valor mais elevado aos profissionais de saúde nestas regiões. Esta situação não está contemplada no modelo de financiamento, o que por vezes leva a que o financiamento seja considerado "pouco justo".

Adicionalmente, os indicadores acordados nos contratos-programa para fins da atribuição de incentivos institucionais são, em grande parte, ligados à produção realizada pelas unidades de saúde, não reflectindo ainda verdadeiras medidas do desempenho e da qualidade dos serviços.

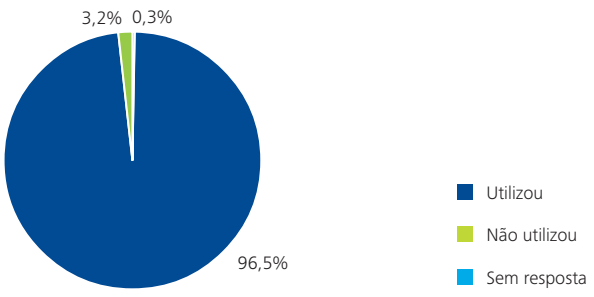
As taxas moderadoras

Conforme a Lei de Bases da Saúde, as taxas moderadoras foram introduzidas no SNS com o intuito de regular o consumo dos serviços de saúde. Este instrumento não tem o propósito de funcionar como uma fonte de receitas, contribuindo em menos de 1% para o financiamento da despesa do SNS[47], porém, o seu efeito dissuasor da utilização excessiva dos serviços de saúde também não tem sido muito eficaz, possivelmente pelo seu baixo valor.

Desde 1 de Janeiro de 2010, foram revogadas as taxas moderadoras aplicáveis ao acesso a internamento e ao acto cirúrgico em ambulatório. Deste modo, e conforme o disposto no Decreto-Lei nº 79/2008 de 8 de Maio, são susceptíveis ao pagamento de taxas moderadoras:

- A realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados convencionados, com excepção dos efectuados em regime de internamento;
- A utilização de serviços de urgência hospitalares e centros de saúde;
- Consultas nos hospitais, nos centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

Figura 29 - Efeito das taxas moderadoras na utilização dos hospitais (2008)[48]



[46] Relatório e Contas Serviço Nacional de Saúde, ACSS
[47] Relatório Final, Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007
[48] Cabral, M.V. e Silva, P.A., 2009

Embora sejam aplicáveis a uma parte considerável dos serviços prestados, existem muitas excepções ao pagamento destas taxas, sendo os grupos que são isentos do seu pagamento representativos de uma grande proporção da população. Entre as situações mais significativas encontram-se as crianças até aos 12 anos, os desempregados inscritos nos centros de emprego e seus cônjuges e filhos menores dependentes, os pensionistas que recebam pensão de valor igual ou inferior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores dependentes e cidadãos portadores de insuficiência renal crónica, diabetes, hemofilia, doença de Parkinson, tuberculose, seropositividade ou SIDA, doenças do foro oncológico, paramiloidose, doença de Hansen, espondilite anquilosante e esclerose múltipla[49].

Considerando apenas os grupos mais representativos, atinge-se já uma proporção de cerca de 43% da população que se encontra ao abrigo da isenção/ redução do pagamento de taxas moderadoras.

Figura 30 - Beneficiários de isenção/redução de taxas moderadoras[50]

Beneficiários de isenção/redução de taxas moderadoras	Nº
Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive	1.403.988
Beneficiários do rendimento social de inserção	486.184
Pessoas com mais de 65 anos (pagamento de 50%)	1.887.681
Desempregados	563.300
Total	**4.341.153**

[49] Nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, no Despacho n.º 6961/2004, de 6 de Abril, na Portaria n.º 349/96, de 8 de Agosto, no Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio, e no Decreto-Lei n.º 38/2010
[50] Análise Deloitte, 2010. Fonte: INE, 2010

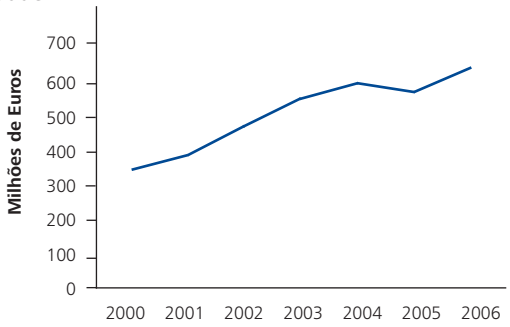
Duplas coberturas

Em conformidade com a Lei de Bases de Saúde de 1990, o Serviço Nacional de Saúde assegura a cobertura a todos os cidadãos portugueses. No entanto, apesar desta abrangência global do SNS, existem subsistemas públicos e privados a par com seguros de saúde privados, fazendo com que se multipliquem os casos de dupla cobertura, visto estas entidades cobrirem em grande medida os mesmos serviços a que os cidadãos já têm acesso enquanto beneficiários do SNS, nas suas unidades de saúde.

Não obstante a utilização de subsistemas e seguros, o recurso ao Serviço Nacional de Saúde é tendencialmente crescente, à medida que se vai agravando o estado de saúde dos doentes, o que leva a que os custos mais elevados com a saúde (associados aos doentes com um pior estado de saúde) sejam suportados pelo sistema público.

Por outro lado, a sobreposição de serviços englobados em ambos os sistemas pode constituir um entrave ao desenvolvimento de competências especializadas, por via do reduzido volume que cada unidade acaba por obter.

Figura 31 – Pagamentos de seguros privados na saúde[51]



[51] OCDE Health Data, 2009

Modelo organizacional e de gestão inadequado

A governação da saúde em Portugal caracteriza-se por um papel tripartido do Estado, assumindo este a posição de accionista, regulador e pagador. A concentração destes papéis na esfera, muitas vezes, de um mesmo organismo, leva a que seja difícil assegurar um desempenho óptimo na totalidade das funções, havendo conflitos de interesses e falta de transparência.

A multiplicidade de entidades que, de uma forma ou outra, participam na regulação do sector, não apresentam um alinhamento entre as suas visões e as suas prioridades resultando por vezes numa diversidade de práticas com vista à prossecução de estratégias divergentes. Simultaneamente, nem sempre existe uma clara definição das responsabilidades e do âmbito de actuação de cada organismo, o que se traduz numa sobrecarga de funções, afectando a capacidade de resposta dos mesmos. Esta indefinição de responsabilidades leva também a que se torne mais difícil implementar uma filosofia de responsabilização na área da regulação da saúde.

O envolvimento de outras entidades que, usufruindo de um contacto mais próximo com os cidadãos, poderiam desempenhar um papel mais relevante no domínio da saúde, é ainda deficiente. Estas entidades, como é o caso das autarquias e associações, gozam de uma posição privilegiada que não tem sido explorada na definição das políticas de saúde, sendo a maior parte das suas acções de promoção da saúde desenvolvidas por iniciativa própria e sem coordenação com os prestadores de cuidados de saúde.

Embora se tenha procedido, nos últimos anos, a uma conversão do modelo organizativo de prestação de cuidados através do desenvolvimento do que deveria ser a base de todo o sistema, os cuidados de saúde primários, este encontra-se ainda excessivamente focado nos cuidados secundários e diferenciados, o que, para além de acarretar custos muito elevados para a saúde, leva à deterioração da qualidade dos serviços prestados.

A inexistência de uma cultura de gestão na saúde tem penalizado os níveis de eficiência do sistema, estando patente na baixa racionalidade no consumo de recursos das unidades de saúde e na fraca flexibilidade dos processos. Apesar de, nos últimos anos, se ter procedido à empresarialização de grande parte dos hospitais, com o intuito de introduzir práticas de gestão empresarial e promover uma maior autonomia nestas unidades, a estratégia e gestão hospitalares não são eficazes, levando a que muitos destes "hospitais-empresa" funcionem individualmente e de forma desarticulada,

A multiplicidade de entidades que, de uma forma ou outra, participam na regulação do sector, não apresentam um alinhamento entre as suas visões e as suas prioridades.

com um historial contínuo de resultados negativos nos últimos anos, situação que se vai prolongando pela ausência de uma avaliação do desempenho e uma responsabilização efectiva das estruturas de administração destas entidades. Estas estruturas, por sua vez, não têm à sua disposição ferramentas de apoio à gestão, que facilitem a tomada de decisão e fomentem a poupança e a eficiência, levando a que subsistam vários problemas como:

- A falta de coordenação interna;
- A má gestão e o subaproveitamento da informação disponível;
- A gestão ineficiente dos recursos disponíveis;
- A acumulação de dívidas a fornecedores.

A descoordenação existente entre as entidades da área da saúde, tanto ao nível da regulação quanto ao nível da prestação de cuidados, deve-se também à insuficiente partilha de informação e conhecimento internamente e entre si.

Planeamento e gestão de recursos humanos desadequados

Os recursos humanos constituem o ponto de contacto entre o cidadão e o sistema de saúde, desempenhando um papel essencial na promoção da saúde da população. Por esse motivo, definir as prioridades de uma política de recursos humanos torna-se essencial para assegurar a qualidade do desempenho dos que trabalham no sector da saúde, de modo a ter capacidade de dar resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos. Em Portugal não existe ainda uma estratégia clara e bem definida para os recursos humanos da saúde, o que resulta na inadequação da distribuição dos recursos para fazer face às necessidades, agravando as ineficiências já existentes nesta área.

A escassez dos recursos humanos da saúde não se tem feito sentir tanto quanto a assimetria na sua distribuição, sendo possível observar-se, ao longo do território nacional, discrepâncias entre os rácios de cobertura de cidadãos. Estas discrepâncias são originadas pela má gestão e pelo mau planeamento dos recursos humanos, o qual é agravado pelo desconhecimento das verdadeiras necessidades em saúde da população. Embora o acesso aos cuidados de saúde tenha melhorado bastante nos últimos anos, a distribuição assimétrica dos recursos humanos continua a estar na base dos problemas ainda existentes.

Figura 32 - Médicos por 1.000 habitantes (2009)[52]

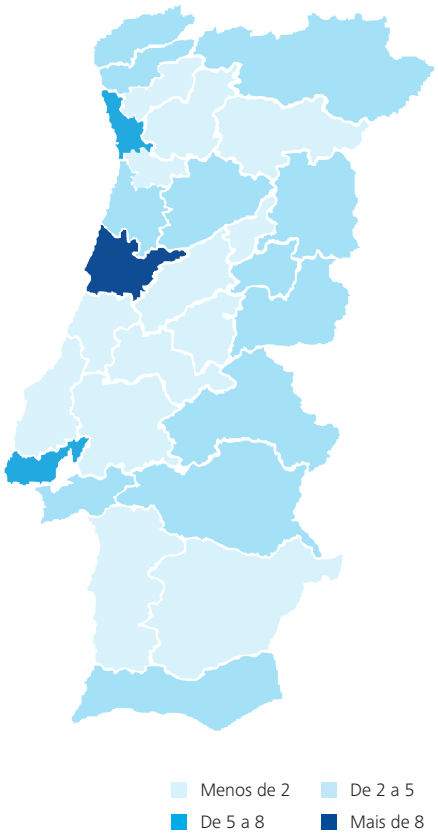
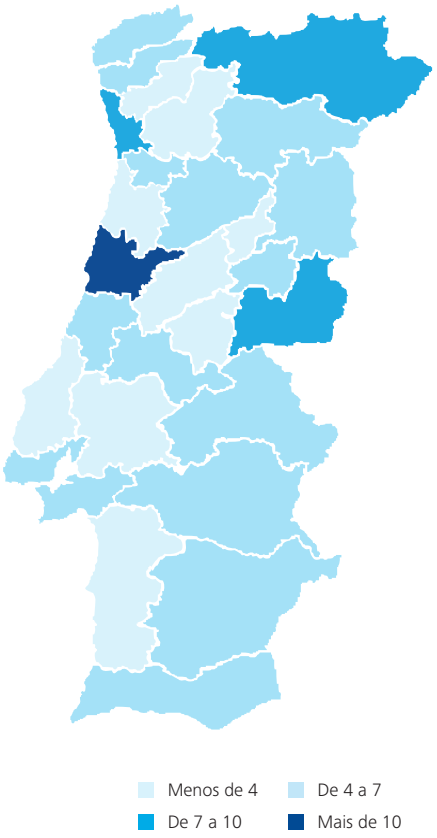


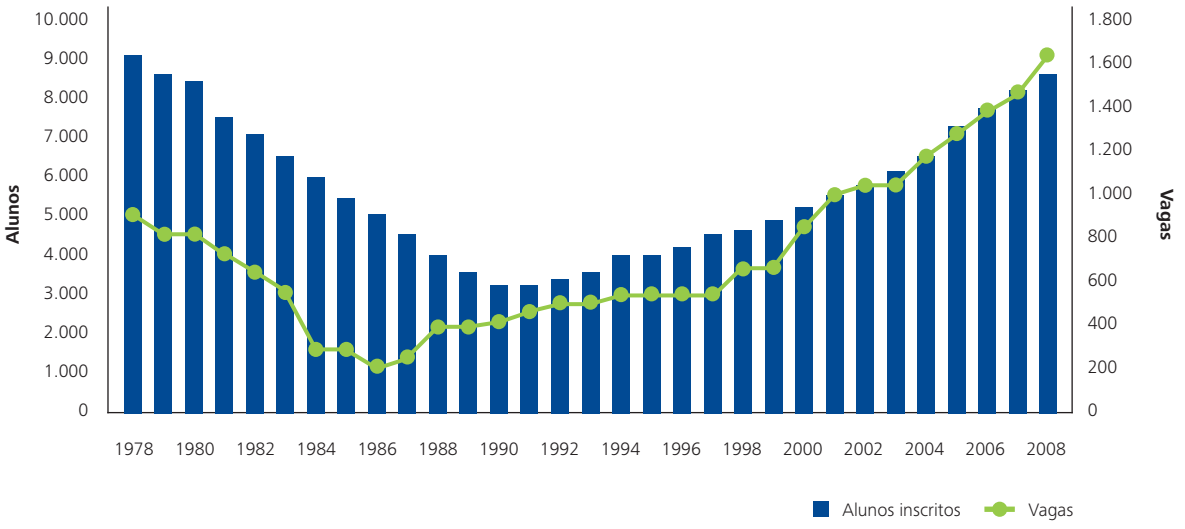
Figura 33 – Enfermeiros por 1.000 habitantes (2009)[53]



[52] INE, 2010, dados de 2009
[53] INE, 2010, dados de 2009

Na década de 80 assistiu-se a uma diminuição progressiva do número de vagas, tal como no número de alunos inscritos, nos cursos de medicina das universidades portuguesas, tendência que apenas se inverteu dez anos mais tarde. Embora não seja ainda uma realidade sentida em todo o país, o envelhecimento da classe médica actualmente em exercício de funções pode, dentro de poucos anos, levar a que se chegue a uma situação de insuficiência de médicos para fazer face às necessidades de uma população cada vez mais precisada de cuidados médicos. Este panorama agrava-se pela recente vaga de reformas antecipadas e pela fuga para o exercício da medicina privada, fruto das alterações à lei das reformas.

Figura 34 – Vagas e inscrições no curso de Medicina[54]



[54] Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2009

Paralelamente, a má organização e a utilização excessiva dos serviços de saúde resultam numa aplicação ineficiente do tempo dos médicos. Estes têem grande parte do seu tempo ocupado com actividades que poderiam ser realizadas por enfermeiros ou pelos próprios cidadãos, existindo uma grande dependência de médicos por parte da população. Como resultado disto, assiste-se a um subaproveitamento dos enfermeiros e a uma má gestão dos recursos médicos disponíveis.

Verificando-se apenas em algumas zonas do país, a escassez de médicos e a sua idade avançada, sobretudo no domínio dos cuidados de saúde primários, tem criado a necessidade de recorrer à contratação de médicos estrangeiros, o que tem resultado numa diversidade de visões e de práticas, decorrentes do multiculturalismo subjacente. Esta situação tem sido mais sentida em áreas com mais baixa densidade populacional, sendo a ruralidade e a dispersão alguns dos motivos de base.

A ocorrência de uma multiplicidade de doenças num mesmo indivíduo, ou comorbilidades, é um fenómeno já generalizado que requer, cada vez mais, uma abordagem integrada e multidisciplinar na prestação de cuidados e serviços de saúde, que não está ainda presente nos actuais planos e programas de formação dos profissionais de saúde.

Os modelos vigentes de avaliação, evolução e de remuneração na saúde não se encontram adequados às necessidades, tanto ao nível dos cargos de gestão das unidades de saúde como dos profissionais de saúde. Relativamente ao primeiro caso, face à complexidade dos desafios enfrentados actualmente na gestão das unidades de saúde, que por vezes carecem de gestores com uma verdadeira capacidade de gestão, os casos de sucesso na gestão devem ser premiados adequadamente. No entanto, ainda não existe uma avaliação formal das estruturas de gestão destas unidades. Quanto aos profissionais de saúde, apesar de serem cada vez mais frequentes os modelos de contratualização interna de objectivos, na prática os modelos de remuneração ainda não estão indexados aos resultados obtidos.

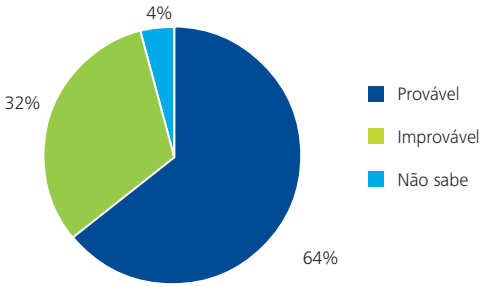
Sistema não está centrado no cidadão

Embora se tenham introduzido sucessivas alterações de forma a evoluir para um novo modelo de organização de cuidados, no sentido de colocar o cidadão no centro do sistema, estamos ainda longe de observar esta realidade. Não obstante algumas melhorias, a actual organização não está desenhada de modo a optimizar o percurso do cidadão, criando obstáculos à sua circulação lógica no sistema.

Comparativamente com os restantes países europeus, o sistema de saúde português é considerado inferior à média[55] quanto ao serviço prestado e à facilidade de utilização (user-friendliness), havendo áreas em que Portugal apresenta um desempenho significativamente inferior à média, nomeadamente o tempo de espera, tanto no acesso a cuidados primários como a especializados, e os resultados em saúde. Os cidadãos portugueses, por sua vez, apresentam-se também bastante insatisfeitos com os serviços de saúde, existindo alguma desconfiança relativamente à qualidade e à segurança[56].

A centralidade do sistema no cidadão é ainda mais relevante no caso dos doentes crónicos, que frequentemente acumulam uma série de patologias que os obrigam a recorrer a múltiplos serviços de saúde, na maioria das vezes desarticulados. O número de doentes crónicos tem vindo a aumentar nos últimos anos em Portugal, havendo já uma proporção significativa da população que é portadora de duas ou mais doenças crónicas.

Figura 35 - Qual considera ser a probabilidade de um paciente ser prejudicado pelos serviços de saúde em Portugal?[57]

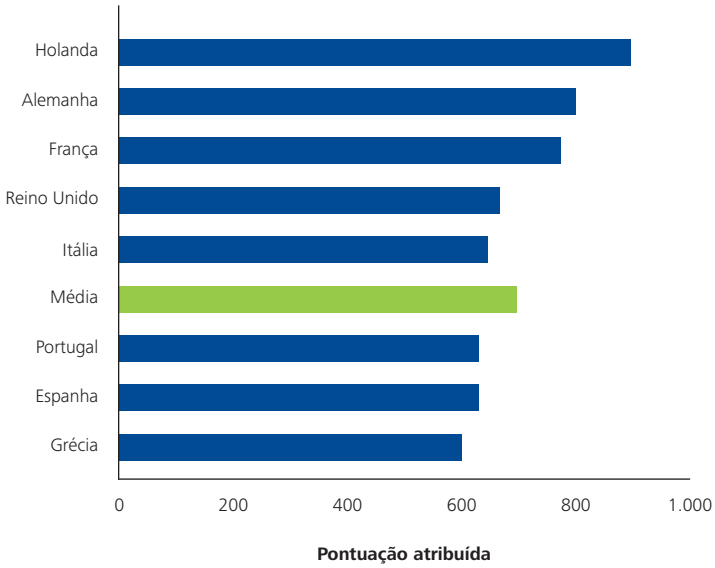


A gestão integrada da doença crónica já é realizada para algumas das patologias com maior prevalência na população portuguesa. No entanto, estes programas pressupõem uma gestão vertical da doença, com vista à definição de prioridades e dos processos de prestação de cuidados para essa doença, mas revelam-se inadequados a uma crescente população portadora de uma multiplicidade de doenças.

Este é apenas um exemplo das decisões que são tomadas na área da saúde sem a análise da situação na perspectiva do cidadão e da sua procura de cuidados de saúde.

A exclusão dos cidadãos do processo de decisão, concentrado na sua quase totalidade nas estruturas de governação e de regulação da saúde e sem o conhecimento completo das verdadeiras necessidades dos cidadãos, cria o risco de serem tomadas decisões com efeitos contraproducentes.

Figura 36 – Indicador do Consumidor Europeu de Saúde



Fonte: Euro Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse, 2009

[55] Euro Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse, 2009
[56] Euro Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse, 2009
[57] Special Eurobarometer 27.2, Patient safety and quality of healthcare, Comissão Europeia, 2010

Falta de informação com qualidade

A disponibilidade de informação de qualidade no sector da saúde é ainda um problema significativo com repercussões ao nível dos custos.

Mais do que uma estratégia de sistemas de informação (que existe, embora a sua execução seja normalmente mais lenta que o desejado), é necessária uma estratégia de informação, que identifique as necessidades de informação para cada um dos *stakeholders* da saúde, sejam estes prestadores, pagadores ou reguladores. Só esta definição clara de que informação é necessária em cada organização e que informação deve ser partilhada, permitirá a criação de bases razoáveis em diversos domínios.

Esta dificuldade na gestão da informação tem como consequência uma enorme duplicação de esforços em todos os organismos que preparam e analisam informação, com elevados custos e baixo retorno.

A informação deverá permitir aos *stakeholders* desenvolver as suas responsabilidades com máxima qualidade e eficiência. No entanto, actualmente existem ainda inúmeros problemas:

- Inexistência de informação clínica disponível aos vários níveis de cuidados, que acompanhe o doente e que permita os ganhos de eficiência e qualidade desejados. Existem sistemas de informação nos vários prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, sistemas fornecidos pela ACSS, como sejam o SONHO, o SAM, o SINUS e o SAPE, sendo que no caso do SONHO e do SINUS, tratam-se essencialmente de sistemas de registo de actos clínicos para controlo de produção e emissão de facturação, mas não de gestão clínica;
- A informação clínica que existe nos vários sistemas de informação dos prestadores, não é consolidada numa perspectiva da sua utilização para conhecimento da epidemiologia e necessidades em saúde da população;
- Pouca informação clínica, integrada de forma a que possa ser utilizada para "avançar" o conhecimento científico, a avaliação de resultados e a busca de melhor diagnóstico e terapêuticas. A título de exemplo, citamos o Registo Oncológico Regional (ROR), que poderia potenciar o conhecimento epidemiológico, mas também a avaliação dos tratamentos, recolhendo *inputs* para a sua melhoria;
- Rara partilha de informação electrónica entre prestadores, nomeadamente de fornecedores de meios complementares de diagnóstico. Não existe um repositório que permita partilhar exames de imagiologia e os resultados das análises laboratoriais;
- Inexistência de prescrição electrónica, com partilha de informação entre todos intervenientes (o que existe é uma prescrição escrita electronicamente);
- Pouca informação estruturada e útil para o accionista desempenhar o seu papel de acompanhamento dos hospitais. Neste caso existem poucas ferramentas que facilitem o trabalho de quem tem que gerir, permitindo a comparação de orçamentos com a sua realização, analisando custos, efectuando *benchmark* e monitorizando a performance. Estes processos são executados maioritariamente com suporte de Excel e de forma espartilhada e, muitas vezes, com informação que não tem a qualidade desejável.
- Pouca informação estruturada para desempenho da função de pagador, que permita conhecer a utilização dos serviços pelos beneficiários, avaliar a qualidade da prestação, gerir contratos, conferir facturas, pagar facturas e controlar a fraude. Existe um sistema para gestão de contratos, que possui já bastante informação, mas que representa um esforço de reporte significativo para os hospitais.
- Inexistência de informação fidedigna sobre os recursos humanos do SNS, o seu local de trabalho e a sua especialidade, que possa suportar um adequado planeamento de recursos humanos.

Esta dificuldade na gestão da informação, tem como consequência, uma enorme duplicação de esforços em todos os organismos que preparam e analisam informação, com elevados custos e baixo retorno.

Adicionalmente, os sistemas de informação, são desenvolvidos sem a perspectiva integrada da gestão da informação, com consequências ao nível da interoperabilidade e da qualidade da informação que se consegue posteriormente agregar e disponibilizar.

Falta de clareza no papel das entidades privadas

Sector público, privado e social têm coexistido no sistema de saúde sem articulação e num clima de alguma desconfiança em relação ao sector privado, o que é visível a vários níveis:

- O planeamento, já de si débil, da oferta dos prestadores públicos, não tem em conta a oferta dos privados nem do sector social, pelo que estes vão avançando no mercado de acordo com o que acreditam serem oportunidades de negócio, mas sem qualquer garantia de volumes de produção ou de rentabilidade dos seus investimentos;

- O regime de convenções está estagnado há vários anos, com pequenas excepções, mas sem actualização das tabelas, inclusivamente no que respeita à inclusão das tecnologias entretanto generalizadas (como foi o exemplo da TAC);

- Esta estagnação, aliada ao controlo reduzido, leva a situações de abuso (como a facturação num único local da prestação de serviços de serviços prestados noutros locais) e a uma total desadequação entre o que está convencionado e o que são as necessidades de contratação entre o sector público e o sector privado;

- A coexistência do sector público e privado em áreas de actuação de baixa casuística promove a falta de qualidade (sem casuística não é possível garantir bons níveis de serviço, já que falta massa crítica para conhecer e tratar casos de maior complexidade) e ineficiência, pois caminha-se para um excesso de capacidade instalada que não favorece ninguém.

Os desafios para a Saúde

Desafio: Organizar e regular o sistema de saúde português

Análise de Salvador de Mello

O sistema de saúde português tem tido uma evolução muito significativa ao longo dos últimos anos e é inquestionável que temos assistido a melhorias assinaláveis. Tem-se assistido a uma melhoria considerável nalguns indicadores como a esperança média de vida e a mortalidade infantil. Verificaram-se também melhorias no acesso como é possível comprovar pela evolução das listas de espera para consultas e para cirurgias. Corremos contudo o risco de regredir nestes resultados se não atribuirmos a prioridade devida à sustentabilidade financeira do sistema que é no meu entender o maior desafio com que o sector da saúde está confrontado.

O sistema de saúde português é uma estrutura complexa, com muitos intervenientes e partes interessadas e cujo modelo de organização merece ser melhorado e aperfeiçoado para contribuir para a sua sustentabilidade.

Considero que essa melhoria deve ter em conta os seguintes princípios fundamentais:

1) **Aproveitar o sistema de saúde português com todos os seus intervenientes e capacidades e não só o SNS e as suas estruturas de governo e prestação.**
   O Serviço Nacional de Saúde tem desempenhado um papel fundamental na melhoria dos cuidados de saúde às populações e no alargamento do acesso a prestações de saúde por parte dos cidadãos. No entanto, existe hoje um conjunto de capacidades privadas e sociais de grande qualidade que devem ser aproveitadas para uma gestão mais eficiente e sustentável do sistema de saúde.

2) **Simplificar e clarificar as estruturas de governo do SNS.** Existem um conjunto alargado de funções no âmbito do SNS cujos titulares e responsáveis não estão suficientemente definidos, o que provoca desperdício e falta de clareza na definição e assumpção de responsabilidades. É por isso importante rever a organização das estruturas de governo do SNS e torná-las mais eficientes, ágeis e actuantes.

3) **Definir de forma clara as responsabilidades e campos de actuação dos diversos intervenientes do sistema.** É essencial para uma correcta gestão do sistema, atribuir a responsabilidade do financiamento/contratação a entidades diferentes das que assumem a responsabilidade pela prestação. É também fundamental assumir de forma clara e transparente as consequências quando há mau desempenho persistente e reiterado de prestadores financiados pelo erário público, sem prejuízo da garantia de acesso dos cidadãos a outras unidades do sistema de saúde.

4) **Separar e segregar de forma efectiva as funções onde possa haver conflito de interesses.** Ao Estado compete definir as políticas de saúde para a população portuguesa e as coberturas que quer assumir; assegurar o financiamento do sistema de saúde (captação de recursos); garantir um modelo de regulação coerente e rigoroso, transversal a todos os actores, que proteja a sociedade de actuações arbitrárias e de dualidade de critérios em função dos agentes em causa; garantir a existência dum sistema de prestação com qualidade e eficiente.

5) **Reforçar significativamente a função de pagador/contratador.** Considero que o financiamento do sistema (captação de recursos) deve ser principalmente assegurado através dos impostos cobrados aos cidadãos, mas a contratação de cuidados a prestadores (aplicação de recursos) pode ser da responsabilidade de instituições públicas mas também de instituições privadas (por ex. companhias de seguros) criando assim mecanismos de concorrência no financiamento e na contratação dos prestadores.

6) **Reforçar a responsabilização do cidadão através de 3 princípios:**

   i) Progressivamente o dinheiro deverá seguir o doente.

   ii) Aprofundamento da liberdade de escolha do cidadão.

iii) Reforço dos co-pagamentos e da responsabilização financeira do cidadão.

7) **Criar os mecanismos necessários para que os cuidados primários sejam efectivamente a porta de entrada do sistema.** É imperativo, para uma correcta e mais eficiente gestão do sistema e para maior conforto da população, que os cuidados primários se transformem verdadeiramente na porta de entrada do mesmo, aliviando assim as estruturas hospitalares dos casos menos complexos e mais simples.

8) **Melhorar a eficiência dos prestadores ligando a contratação e a aquisição de produção ao desempenho.** Desta forma será possível incentivar e recompensar os prestadores mais eficientes e penalizar os menos eficientes. Este sistema permitirá também reorganizar a oferta de cuidados de saúde de forma mais eficiente e consistente e criar centros de excelência.

9) **Aumentar o recurso à iniciativa privada na prestação de cuidados.** O recurso a instituições privadas para gerir unidades de saúde dentro do SNS, à semelhança dos hospitais em parceria público-privada, é benéfico e permite criar mecanismos de concorrência e de comparabilidade que poderão ser indutores de melhores práticas. O recurso à concessão da gestão de hospitais públicos e de centros de saúde é uma medida a implementar.

10) **Aumentar a transparência da informação.** A prestação de contas e a disponibilização sistemática de informação de qualidade são princípios essenciais à responsabilização de decisores e gestores aos vários níveis da governação e constituem um importante instrumento de gestão.

11) **Instituir uma política de Recursos Humanos consistente, transversal ao sistema de saúde.** A formulação de uma política de recursos humanos deverá orientar-se por: i) desenvolvimento de um sistema de formação, designadamente de médicos, enfermeiros e técnicos consistente com as reais necessidades do País; ii) participação de unidades privadas devidamente capacitadas no ensino pré e pós graduado; iii) equiparação de carreiras entre sector público e privado com aplicação das mesmas regras e mecanismos de progressão, os quais deverão basear-se em critérios técnico – científicos.

Salvador de Mello
José de Mello Saúde

Desafio: Organizar e regular o sistema de saúde português

A sustentabilidade do Sistema de Saúde Português (SSP) só será possível de atingir com uma efectiva organização e regulação, que elimine os constrangimentos actuais no seu funcionamento e promova uma redução drástica dos desperdícios.

O SSP é mais abrangente que o SNS e o Ministério da Saúde (MS) tem um papel preponderante neste desafio, devendo estar simultaneamente concentrado na gestão do SNS e na governação do SSP.

O Estado deveria ter uma estrutura semelhante a uma *holding* para a gestão deste "grupo económico", envolvendo cuidados primários, cuidados secundários e cuidados continuados.

Melhorar a organização e governação do sistema de saúde

O MS tem várias funções no âmbito do SSP: regulação, inspecção, licenciamento, prestação de cuidados, planeamento, financiamento, contratação, pagamento e gestão da rede de prestadores públicos, entre outras. Estas funções são desempenhadas por vários organismos do MS, havendo duplicação de funções por organismo e havendo organismos com funções muito distintas e conflituantes. Por exemplo, a ACSS tem uma participação em quase todas as funções, excepto na prestação de cuidados e no licenciamento. As ARS também participam em quase todas as funções, excepto na inspecção.

Esta distribuição de funções provoca diversos constrangimentos e desperdícios, além de tornar o processo de decisão moroso e conflituoso. Por outro lado, dificulta o desempenho da missão dos organismos do MS, que têm frequentemente um conflito de interesses na sua actuação. Impõe-se, por isso, redefinir a atribuição de responsabilidades aos organismos do MS.

O conjunto dos prestadores públicos de cuidados de saúde representa cerca de 5% do PIB de Portugal, mas não existe nenhuma entidade com a responsabilidade global pela sua gestão. Os diferentes aspectos da gestão do conjunto da oferta de cuidados de saúde estão dispersos pelas ARS e pela ACSS. Esta dispersão não promove a eficácia nem a eficiência na actuação dos prestadores.

Assim, o Estado deveria ter uma estrutura semelhante a uma *holding* para a gestão deste "grupo económico", envolvendo cuidados primários, cuidados secundários e cuidados continuados, com a responsabilidade de definir orientações para o desenvolvimento da oferta de prestação de cuidados de saúde, negociar planos de actividade e orçamentos, monitorizar o desempenho, disseminar boas práticas com vista à melhoria contínua, desenvolver projectos comuns e estruturantes para todos os prestadores e promover uma melhor articulação entre todos.

Actualmente a alocação de recursos do SNS, o controlo do desempenho económico-financeiro dos prestadores e o papel de accionista para o sector empresarial, são da responsabilidade da ACSS.

Ou seja, a ACSS actua como cliente e fornecedor, o que acarreta naturalmente alguma confusão. Estando o papel de accionista atribuído à entidade referida acima, deveria haver outro organismo com a responsabilidade pelo financiamento do SNS e pelo pagamento dos serviços aos prestadores de cuidados de saúde. Adicionalmente, como o financiamento está intimamente ligado com o planeamento da procura, seria importante agregar estas duas funções no mesmo organismo, que teria a responsabilidade de identificar e manter actualizado o quadro de necessidades de saúde da população, bem como fazer a monitorização epidemiológica de âmbito nacional. Este organismo procederia à contratação dos prestadores do SNS e à contratação ou ao estabelecimento de convenções com prestadores privados e do sector social, com base nas necessidades de saúde da população, pondo fim a uma situação indesejável de convenções fechadas há vários anos.

A regulação e o licenciamento estão distribuídos, de forma espartilhada, por vários organismos do MS. No entanto, estas funções têm sinergias óbvias e deveriam estar atribuídas a uma única entidade, concentrando

os recursos e as competências nessas matérias, para eliminar desperdícios e acelerar todos os processos de decisão que dependem do seu correcto e rápido desempenho.

Finalmente, também deveria ser criada uma agência de avaliação de tecnologias, com a missão de avaliar o valor acrescentado das novas tecnologias e propor à entidade financiadora a sua inclusão nos serviços do SNS, mediante que condições (i.e. todas as idades, só doentes com características específicas, etc.) e a que preço máximo. Esta agência, já existente noutros países, teria um papel importante na sustentabilidade do SNS, pois definiria um quadro razoável de actuação, evitando dar tudo a todos independentemente dos custos associados e tendo em conta a qualidade de vida decorrente dos cuidados prestados.

Com esta arrumação organizativa, haveria uma redução significativa da sobreposição de funções e dos conflitos institucionais daí resultantes e haveria um foco maior na regulação efectiva do funcionamento do SSP, permitindo que todos os agentes do sector se centrassem na satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos.

Criar mecanismos de concorrência

É sabido que, em qualquer mercado, a concorrência incentiva a melhoria contínua dos serviços prestados e a redução de preços para o consumidor. No entanto, a concorrência no sector da saúde é imperfeita, por diversos motivos.

1. O cidadão não paga directamente os cuidados de saúde de que usufrui, nem existe relação entre o que paga indirectamente e o que consome.
2. O prescritor não paga o que prescreve.
3. O pagador não controla o que é prescrito nem o que é consumido.
4. Há uma grande assimetria de informação entre prestadores e cidadãos.
5. O planeamento da oferta do SNS estabelece zonas de influência de cada prestador e inclui uma rede de referenciação entre prestadores.
6. Não há total liberdade de escolha por parte do cidadão.
7. No SNS não há risco de continuidade de negócio para os prestadores.

Como a concorrência está distorcida, os prestadores não têm os incentivos adequados para a melhoria contínua dos serviços prestados (mais qualidade, menor custo e menor tempo). Para corrigir esta inadequação de incentivos, é essencial introduzir mecanismos de concorrência no sector da saúde, tendo em atenção as características especiais de funcionamento deste mercado.

Consideremos cada um dos motivos de distorção da concorrência indicados acima.

Em primeiro lugar, a ausência de relação entre o que é consumido e o que é pago. Se o preço de um determinado cuidado de saúde é tendencialmente gratuito, o cidadão tem tendência a recorrer ao prestador com melhor qualidade (a qual inclui aspectos clínicos, de conveniência e de serviço) e tem tendência a utilizar os serviços para além das suas necessidades objectivas de saúde. Alterar esta característica do SNS implicaria afectar o princípio da equidade, pelo que é difícil introduzir alterações. Nos seguros de saúde, existem diversos mecanismos para desincentivar a sobre-utilização, tais como franquias, co-pagamentos, pré-autorizações, *plafonds*, coberturas, agravamento de prémios das apólices e envio de extractos de conta-corrente. No SNS, o único mecanismo existente é a cobrança de taxas moderadoras, que é muito limitado.

Sem informação sobre o desempenho dos prestadores, o cidadão não dispõe de um importante mecanismo de pressão sobre a qualidade dos serviços.

Para atenuar os efeitos desta distorção de mercado no SNS, deveria ser aumentada a abrangência das taxas moderadoras.

Em segundo lugar, a ausência de pagamento por parte do prescritor. Não sendo o prescritor o usufrutuário do serviço, não faz sentido que faça o pagamento, a menos que seja introduzido um sistema de *gatekeeper* semelhante ao do Reino Unido, em que os cuidados de saúde primários são responsáveis pelo pagamento de todos os cuidados de saúde prestados aos seus clientes, sendo financiados para o efeito. Sem que se enverede por esse caminho, pode ser introduzida uma medida de consciencialização dos custos incorridos por cada prescritor, através do envio de relatórios sobre os custos incorridos a jusante da prescrição (em sentido lato, envolvendo medicamentos, MCDT, consultas de especialidade, etc.) e de relatórios de comparação com outros prescritores.

Em terceiro lugar, o controlo da prescrição e do consumo por parte do pagador. Havendo separação de responsabilidades entre prescritor e pagador, não deve haver controlo prévio da prescrição (novamente, em sentido lato), mas deve haver controlo posterior dessa prescrição por parte do pagador e uma gestão activa dos agregados de prescrição de cada prescritor, de forma a evitar situações de abuso. O mesmo se passa em relação ao consumo, em que o pagador deve monitorizar o desempenho dos seus beneficiários, para evitar situações de abuso.

Em quarto lugar, a assimetria de informação entre prestadores e cidadãos. Sem informação sobre o desempenho dos prestadores, o cidadão não dispõe de um importante mecanismo de pressão sobre a qualidade dos serviços. Nesta matéria, é relativamente simples corrigir o problema, introduzindo a obrigação dos prestadores registarem e divulgarem publicamente o seu desempenho, em termos clínicos, por cada patologia. Essa informação já está disponível hoje nos processos clínicos dos doentes, embora a maioria seja em suporte de papel. Com o tratamento adequado e a publicação dessa informação, estimula-se a concorrência e os prestadores de cuidados passam a ter mais incentivos para a melhoria contínua. A ERS já começou a actuar nesta área, mas ainda há um caminho longo a percorrer.

Em quinto lugar, o planeamento da oferta do SNS. Não se pode abdicar desse planeamento porque o SNS tem como missão a cobertura universal (para toda a população, em todo o território) e não tem racionalidade económica (nem viabilidade técnica, por ausência de recursos humanos qualificados, especialmente para cuidados de saúde altamente diferenciados) ter a totalidade da oferta de cuidados de saúde disponível em todos os locais.

No entanto, a definição de zonas de influência e a rede de referenciação têm como consequência o isolamento da concorrência para os prestadores, não havendo incentivos adequados para a diferenciação pela qualidade, nem para a diferenciação pelo custo, nem para a diferenciação pela rapidez da prestação.

Neste contexto, os prestadores não têm que lutar pela captação e pela fidelização de clientes e corre-se o risco de haver selecção de clientes, influenciada pelo nível de financiamento da actividade. Verificam-se distorções de funcionamento em sentidos opostos, consoante a especificidade de cada prestador. Nuns casos, o prestador transfere o doente para outro prestador, abusando da rede de referenciação, de forma a não aumentar os seus custos. Noutros casos, o prestador não transfere o doente para outro prestador melhor capacitado para o atender, de forma a aumentar os seus proveitos. Estas duas situações, que se traduzem em riscos e/ou incómodos desnecessários para os doentes, podem ser evitadas através da introdução de um mecanismo de adequação do preço ao custo da prestação de cuidados (com referenciais de eficiência máxima), recorrendo a sistemas de custeio baseado em actividades.

Em complemento a esta medida e em simultâneo com o aumento da liberdade de escolha dentro do SNS (detalhada adiante), a zona de influência e a rede de referenciação deveriam funcionar como orientação, mas não ser obrigatórias de seguir (excepto nos cuidados altamente diferenciados, onde naturalmente tem que haver uma concentração de recursos escassos), desde que fosse disponibilizada informação sobre o desempenho clínico dos prestadores, para que os médicos possam aconselhar e orientar as escolhas dos cidadãos. Assim, os prestadores de cuidados passariam a ter concorrência no SNS e, portanto, passariam a ter mais incentivos para a melhoria contínua.

Ainda quanto ao planeamento da oferta, pode ser equacionado se os prestadores do SNS são públicos, privados ou do sector social, tal como se pode equacionar se os prestadores públicos são geridos por agentes públicos, por privados ou do sector social.

Por um lado, a inclusão de prestadores privados e do sector social no SNS pode ser estabelecida por contrato de concessão. Por outro lado, a gestão dos prestadores públicos pode ser desempenhada por um agente económico de qualquer natureza, desde que devidamente capacitado, devendo o MS dotar-se das competências para contratar, monitorizar, inspeccionar e avaliar o desempenho desses agentes, introduzindo factores correctivos onde for necessário. É nessa falta de competências que radica a discussão a que temos assistido nos últimos anos, com avanços e recuos, sem racionalidade económica ou técnica. A existência de diferentes modelos é, em si, um indutor de concorrência (desde que o MS promova avaliações isentas e divulgue os resultados) e, portanto, um incentivo adicional à melhoria contínua.

Em sexto lugar, a liberdade de escolha por parte do cidadão. Há que distinguir entre liberdade de escolha no SNS e liberdade de escolha no SSP.

No SNS já existe alguma liberdade de escolha. A Lei de Bases da Saúde estabelece que "é reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços". Na realidade, essas limitações produzem um efeito considerável para os cidadãos, levando a que essa disposição não se verifique na generalidade.

As medidas referidas acima contribuem para se poder concretizar na prática a liberdade de escolha no SNS, promovendo efectivamente a concorrência e, portanto, aumentando os incentivos para a melhoria contínua. No entanto, corre-se o risco de aumentar significativamente os custos do SNS, nos casos em que alguns serviços deixem de ter volume de actividade adequada e passem a ser muito caros e muito arriscados do ponto de vista clínico. Para evitar esse aumento significativo dos custos do SNS, é indispensável introduzir risco de continuidade, ou seja, é indispensável criar condições para encerrar serviços que percam competitividade, eliminando capacidade instalada não aproveitada. Criar estas condições, por oposição ao encerramento total e abrupto de toda a actividade de um prestador, permite a concretização da liberdade de escolha, a par da diminuição dos custos totais do SNS, porque é sabido que os serviços com melhores resultados clínicos são também os serviços com menores custos unitários.

É indispensável criar condições para encerrar serviços que percam competitividade, eliminando capacidade instalada não aproveitada.

Assim, seria criado um importante incentivo adicional à melhoria contínua.

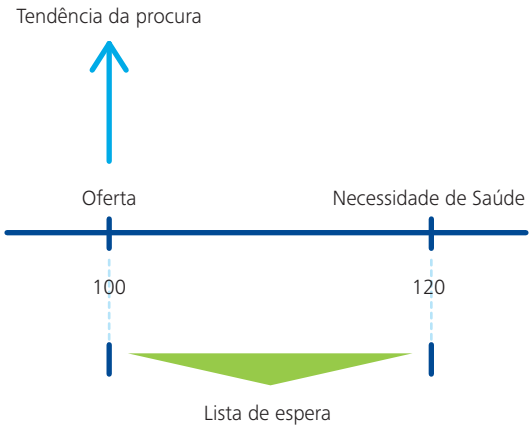
A liberdade de escolha no SSP, fora do SNS, já existe. Qualquer cidadão pode ir a qualquer prestador de cuidados de saúde, desde que pague directamente. Por outro lado, se for beneficiário de um subsistema de saúde ou membro de um seguro de saúde, a liberdade de escolha do cidadão também existe, embora seja condicionada, pois é incentivado a recorrer a um dos prestadores da rede convencionada (que não inclui todos os prestadores do País, mas apenas aqueles que o gestor do plano de saúde julga serem suficientes para cobrir as necessidades dos seus clientes, o que é uma boa prática de planeamento da oferta). O cidadão também pode recorrer a um prestador fora dessa rede convencionada, mas é desincentivado economicamente (tem que suportar uma proporção maior do preço) e financeiramente (tem que pagar directamente, sendo reembolsado mais tarde).

Coloca-se então a questão, para o cidadão beneficiário do SNS, da liberdade de escolher prestadores do SSP que não estão integrados no SNS.

Dar essa liberdade de escolha tem um impacto significativo no universo dos prestadores do SNS, por isso convém compreender o seu efeito sobre a oferta e a procura.

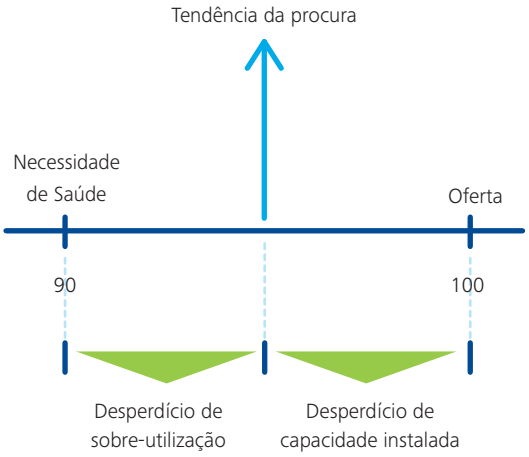
Como se pode ver no gráfico abaixo, se a oferta de um determinado cuidado de saúde tem capacidade total de 100 e as necessidades de saúde da população são de 120, então a procura tenderá a ser de 100 e haverá lista de espera de 20. Essa lista de espera só poderá ser reduzida pelo recurso a oferta fora do SNS ou pela elasticidade dos recursos do SNS, trabalhando acima da sua capacidade teórica.

Figura 37 – Oferta e procura, numa situação de insuficiência de capacidade[58]



No entanto, como se pode ver no gráfico abaixo, se as necessidades de saúde forem de 90, para a mesma oferta de 100, haverá dois tipos de desperdício: o primeiro tipo é o desperdício de capacidade instalada excedentária e o segundo tipo é resultante da procura excessiva desse cuidado de saúde, induzido pelo excesso de oferta, levando a que a procura se situe acima das necessidades de saúde da população.

Figura 38 – Oferta e procura, numa situação de excesso de capacidade[59]



[58] Análise Deloitte
[59] Análise Deloitte

Conforme vimos acima, com preço tendencialmente gratuito, o cidadão tem tendência a recorrer ao prestador com melhor qualidade. Com a liberalização total da escolha, haveria uma tendência clara para o aumento da oferta privada e social, com grande capacidade de atracção dos melhores profissionais (além de poderem proporcionar melhores salários, seria progressivamente reduzida a concentração actual da casuística mais complexa para os prestadores públicos), com melhores instalações e com melhor experiência de serviço ao cliente, sendo mais apelativa para o cidadão. Esse aumento de oferta teria como consequência os dois tipos de desperdício referidos acima, de excesso de capacidade instalada não aproveitada no SNS e de procura excessiva face às necessidades de saúde da população.

Neste contexto, para evitar o crescimento dos custos totais do SNS, a introdução da liberdade total de escolha deverá ser precedida da criação de condições para encerrar serviços que deixem de ser competitivos e da eliminação da assimetria de informação entre prestadores e cidadãos. Estas medidas devem ser concretizadas rapidamente, em antecipação à possível imposição de uma directiva comunitária sobre a liberdade total de escolha na União Europeia.

Como medida intermédia, antes da liberalização total da escolha, à semelhança do que se passa no Reino Unido, poderia ser dada liberdade de escolha apenas para alguns tipos de cuidados de saúde no início e alargar gradualmente a sua abrangência ao longo do tempo.

Em último lugar, o risco de continuidade de negócio para os prestadores do SNS. Como é sabido, os prestadores públicos não têm problemas de sobrevivência no mercado, porque têm uma zona de influência atribuída que os isola da concorrência e, mesmo que o desempenho económico-financeiro seja negativo ao ponto de ser insustentável, o Estado (enquanto accionista) suportará sempre as eventuais perdas que daí resultem, beneficiando na prática o mau desempenho. Isto não se passa com os prestadores privados ou sociais nem como os prestadores públicos geridos por privados ou sociais.

Assim, para dinamizar significativamente a concorrência no sector da saúde, o risco da gestão dos prestadores públicos poderia ser transferido para operadores do sector privado e do sector social, tendo como efeito positivo colateral a promoção do aparecimento de grupos económicos fortes no sector da saúde, que poderão exportar serviços para outros países e aprofundar a sua internacionalização, beneficiando a economia portuguesa. Este processo de transferência de risco teria de ser muito bem acompanhado do ponto de vista regulatório, em especial no tocante às condições de concorrência, salvaguardando os interesses dos cidadãos e do Estado.

Desafio: Organizar a oferta de cuidados de saúde do SNS

Análise de Adalberto Campos Fernandes

O sistema de saúde, em Portugal, congrega um largo consenso relativamente ao seu elevado nível de qualidade técnica e de desempenho global persistindo, contudo, alguma insatisfação relativamente ao acesso, à integração e à complementaridade dos cuidados bem como aos níveis de resposta do primeiro nível de cuidados. A estas dificuldades associa-se a persistência de importantes áreas de ineficiência no que se refere à relação entre o nível da despesa e os resultados alcançados.

Parece existir um dilema incontornável em que a necessidade de garantir a sustentabilidade financeira se afigura incompatível com o aumento, necessário e desejável, da cobertura de cuidados num quadro de universalidade, de promoção do acesso e de resposta ajustada às necessidades dos cidadãos. Esta situação faz emergir novos riscos, não negligenciáveis, cujas implicações se produzem ao nível do acesso económico entendido este como o acesso a serviços de boa qualidade, independentemente da possibilidade de os pagar.

A crise económica e social veio agudizar esta situação tornando imperativa uma maior racionalidade nas políticas de saúde de modo a garantir que as restrições financeiras e a maior exigência ao nível da eficiência operacional não ponham em causa a coesão social, salvaguardando os princípios do acesso e da universalidade no sistema de saúde.

Com efeito, a repercussão directa sobre os utentes, nos encargos de saúde, através da redução das comparticipações, adquire por parte dos cidadãos, tanto maior sensibilidade quanto mais débil for o estado da economia global e, consequentemente, da distribuição da riqueza. No limite, ao acentuar as desigualdades em saúde, o sistema contribui para que exista um grande desperdício de recursos e de capacidade que poderiam ser utilizados em benefício de toda a comunidade.

Não podemos esquecer que o sistema de saúde tem como responsabilidade fundamental garantir a protecção na saúde de uma forma equitativa e universal a todos os cidadãos. Neste sentido a organização da oferta de cuidados de saúde tem de responder perante as expectativas das populações garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade utilizando para tal, de uma forma adequada, os meios disponíveis.

A persistência de um quadro de contenção orçamental tornará muito presente, no médio prazo, a questão da sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde, no seu conjunto, independentemente da natureza pública, social ou privada das organizações prestadoras de cuidados. Neste contexto importa sublinhar que a crescente competição pelo financiamento entre o sector público e o sector privado, deve ter em conta a natureza sistémica integradora e complementar que deve caracterizar o sistema de saúde.

Embora os objectivos do sistema de saúde, na sua dimensão política e social, de serviço público, não se esgotem nos ganhos de eficiência ou na redistribuição de valor económico, a questão da sustentabilidade passou a ser reconhecida, por todos, como indispensável. Sendo previsível uma predominância dos fundos públicos na aquisição e contratualização de cuidados de saúde o escrutínio será cada vez mais exigente e rigoroso. As organizações de saúde terão de redefinir o seu modelo organizativo, de gestão e assistencial inovando nos processos para melhorar os resultados.

A este propósito vale a pena aludir a uma reflexão feita por Peter Drucker sobre as instituições não-económicas quando referiu que estas precisam de " um barómetro que faça por elas aquilo que a rentabilidade faz pelas empresas ". Neste tipo de entidades a primeira prioridade a ter em conta deverá sempre ser a satisfação de uma função social.

Afigura-se, por isso, prioritária uma reflexão de carácter estratégico, sobre a natureza do sistema, a tipologia da rede de cuidados, os mecanismos de referenciação e de afiliação institucional bem como sobre a regulação e as políticas de qualidade. Esta reflexão não pode deixar de ter em conta a necessidade de investir em boas práticas ao nível do planeamento e da articulação entre cuidados.

É reconhecido que o investimento não ponderado, quer público quer privado, na área da saúde tem custos sociais inaceitáveis na medida em que leva a uma atomização generalizada da oferta com duplicações desnecessárias e incremento de custos. Por outro lado a criação de unidades de elevado perfil tecnológico carece de um forte investimento na formação, investigação e desenvolvimento que não parece sustentável face à dimensão económica e social do país. Neste domínio, pelo contrário, a tendência dominante deverá ser a de concentrar competências e recursos qualificando a oferta nas suas diferentes dimensões - assistencial, formativa e de investigação.

Mais importante que competir pela procura será incentivar a competição pela eficiência e pela qualidade. O sistema de saúde deverá aprofundar os mecanismos de integração de cuidados desenvolvendo os cuidados de saúde, de proximidade, garantindo uma rede qualificada e de elevada capilaridade. As melhorias na relação financiador-prestador poderão vir a ser alcançadas, sobretudo, através de um processo de descentralização, contratação de serviços, orçamentos controlados por programas e, em certos casos, através de uma clara separação dos papéis entre prestador e pagador, equilibrando melhor a oferta de cuidados e as necessidades de saúde efectivas.

A introdução de novas fórmulas de gestão da relação entre oferta e procura contribuirá para aumentar os níveis de eficiência mas também de equidade, aproximando mais a prestação de cuidados de saúde das pessoas. O principal desafio está na necessidade de melhorar a eficiência global do sistema, promovendo a responsabilização dos agentes que, aos diferentes níveis, intervêm no sector da saúde.

É neste contexto que o papel dos cidadãos ganha uma nova dimensão. Ao mesmo tempo que diminui a tolerância relativamente às questões da acessibilidade, o utente do sistema de saúde tende a evoluir na forma como expressa as suas capacidades de escolha, passando a ser cada vez mais pró-activo ao nível da capacidade crítica e de decisão sobre as questões relativas à saúde. Esta aparente mudança comportamental, a que certamente não é alheia a facilidade no acesso à informação, constitui um dos factores mais relevantes na mudança do sistema de saúde, introduzindo exigência, rigor e competição pela qualidade.

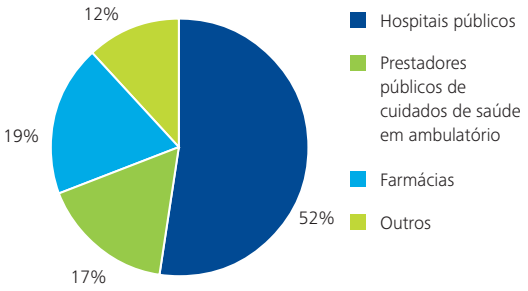
Adalberto Campos Fernandes
Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

Desafio: Organizar a oferta de cuidados de saúde do SNS

A sustentabilidade do sistema de saúde passa por uma diferente organização da prestação de cuidados. Com efeito, o sistema de saúde português continua muito dependente da prestação de cuidados hospitalares (52% da despesa do SNS é relativa a cuidados hospitalares, sendo 17% dos cuidados de saúde primários).

O modelo actual surgiu pela necessidade de concentrar recursos escassos (humanos e tecnológicos) que permitissem o diagnóstico e terapêutica dos doentes, numa altura em que a medicina estava muito dependente apenas do conhecimento médico.

Figura 39 - Despesa Corrente do SNS por tipo de Prestação de Cuidados de Saúde (2008)[60]



Atendendo às mudanças ocorridas nos últimos anos, nomeadamente na inovação tecnológica, este modelo organizacional necessita ser repensado. Muitas das doenças que há uns anos eram incuráveis ou para as quais não se conhecia os seus determinantes (implicando uma concentração de recursos com conhecimentos específicos que através da tentativa-erro encontrassem a melhor terapêutica para cada problema), são hoje diagnosticadas de forma exacta possuindo uma terapêutica conhecida e eficaz[61].

Caso a saúde operasse num mercado concorrencial, em que o poder de decisão estivesse do lado do consumidor e livre de um terceiro pagador, certamente esta realidade já teria mudado, pois haveria prestadores a encontrar nichos de mercado onde poderiam operar simultaneamente com custos e preços mais baixos e melhores resultados clínicos, derivados de uma maior especialização. Num sector pouco concorrencial, como o da saúde, esta mudança tem que ser provocada pelos pagadores de cuidados de saúde.

Em Portugal, aproveitar a oportunidade de reorganizar os cuidados de saúde de forma eficaz e eficiente, depende principalmente das acções do Governo, uma vez que o Estado é simultaneamente o principal pagador e o principal prestador de cuidados de saúde. Assim, não só tem responsabilidade pelos modelos de financiamento que incentivem a eficiência como pode, através do planeamento da sua rede de cuidados, concretizar as transformações necessárias, criando (ou contratando com terceiros) mais serviços de proximidade, alterando as responsabilidades e capacidade de actuação desses serviços e reorganizando os hospitais para prestarem cuidados mais diferenciados (ou transformá-los em pequenos hospitais que prestem também serviços de proximidade de baixo nível de diferenciação). Estes prestadores, devem estar organizados em rede, permitindo a articulação necessária nos diferentes níveis de cuidados em benefício do cidadão, com menores custos.

A separação entre doenças não exactas e doenças exactas, permite também pensar uma nova lógica de financiamento destes prestadores, em que os primeiros deverão ser principalmente pagos por acto realizado e os segundos por resultados e/ou capitação[62].

[60] INE; Conta Satélite da Saúde 2000-2008

[61] Clayton Christensen no seu livro "The Innovator's Prescription" separa dois tipos de medicina, a intuitiva que depende muito do saber médico e a precisa, que depende essencialmente de meios de diagnóstico exactos e terapêuticas conhecidas que são eficazes.

[62] Este assunto será mais desenvolvido no capítulo relativo ao modelo de financiamento e alocação de recursos.

Neste sentido, e para efectivar esta organização, identificamos quatro principais linhas de actuação:

Desenvolver significativamente os cuidados de saúde primários

A reforma dos cuidados de saúde primários parece estar a dar bons resultados, particularmente ao nível do acesso. No entanto, é necessário investir mais recursos financeiros nos cuidados de saúde primários e operar transformações significativas nas actividades que podem e devem desenvolver. As unidades de cuidados de saúde primários devem ser capacitadas para prestar mais cuidados no foro da "medicina exacta" por um lado e um maior acompanhamento dos doentes crónicos, por outro. Este movimento implica uma mudança de cultura que envolve a transferência de cuidados actualmente prestados em meio hospitalar, para cuidados de proximidade, bem como a transferência de cuidados tradicionalmente executados pelos médicos para enfermeiros.

Os cuidados de saúde primários poderão incluir pequenas "policlínicas" dotadas dos meios e capacidades de diagnosticar e tratar doenças de baixo nível de diferenciação, para as quais existe um diagnóstico eficaz e uma terapêutica conhecida, baseada em protocolos de actuação. Estes protocolos de actuação podem ser desenvolvidos em conjunto com médicos especialistas hospitalares transferindo assim competências destes para médicos de medicina geral e familiar.

Adicionalmente, os cuidados de saúde primários deverão ser ainda responsáveis pela gestão da doença crónica e acompanhamento de grande parte destes doentes. Neste modelo, que funciona em rede, existirá uma necessária articulação com os hospitais e com os cuidados de saúde mais diferenciados, permitindo gerir os episódios de maior gravidade que estes doentes sofram, bem como as diferentes inter ocorrências associadas ao tratamento de mais do que uma doença crónica. É também na gestão da doença crónica que a enfermagem, bem como outro tipo de profissionais, poderá ter um papel muito relevante.

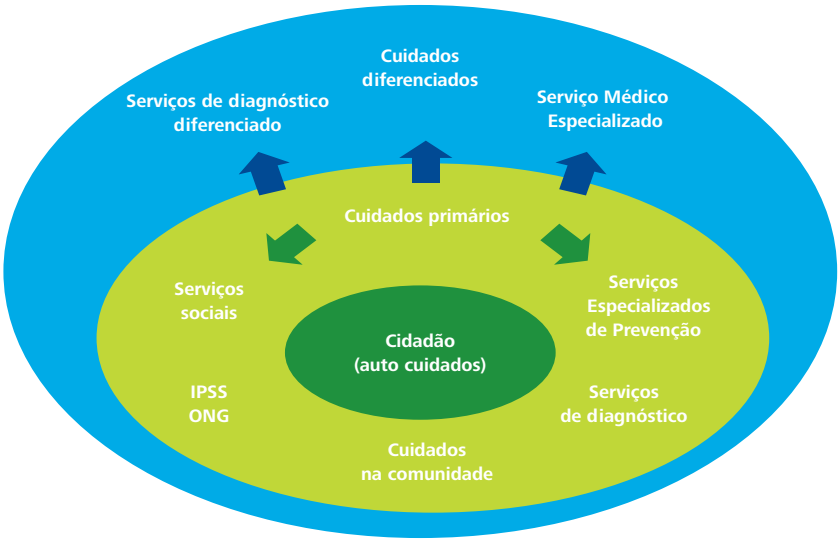
No que diz respeito às doenças crónicas é importante salientar o papel que os cuidados de saúde primários poderão ter nesta gestão, a qual necessita, em muitos casos, de acompanhamento regular.

Com efeito, existem doenças crónicas cuja gestão implica uma significativa mudança de hábitos que muitas vezes não é executada pelo doente crónico e em que os efeitos da doença não se fazem sentir de imediato (exemplo: um doente diabético não dependente de insulina ou um doente pré-diabético). Neste caso, é necessário criar mecanismos de pro-actividade para acompanhar estas pessoas. Este é um papel, que pode (e deve) em grande medida ser assegurado por enfermeiros.

Esta transformação permitirá ainda tornar o exercício da medicina e dos cuidados de proximidade mais interessante, com maior retorno financeiro para quem opera neste modelo, permitindo captar mais profissionais para este nível de cuidados.

Operar esta transformação implica uma dinâmica diferente, com maior atribuição de responsabilidades aos ACES, que devem, sob a gestão das ARS de que dependem actualmente, procurar um modelo de integração com os hospitais que permita alcançar os ganhos inerentes a um modelo deste tipo. De realçar que a capacidade de gestão e a vontade política são neste caso muito importantes. Sem o mecanismo de mercado que permitiria este movimento, ele depende essencialmente das medidas de planeamento e prestação de cuidados que sejam definidas pelo MS.

Figura 40 - Sistema de saúde com cuidados de proximidade[63]



Reorganizar os hospitais

Como já foi referido, os hospitais são centros com uma elevadíssima concentração de recursos humanos altamente especializados e recursos tecnológicos de ponta. No entanto, os hospitais que existem actualmente são enormes organizações cujo foco estratégico deixou em grande parte de existir, servindo todos os cidadãos com todas as tipologias de doenças. Não existe negócio, sujeito a regras de mercado que consiga sobreviver com uma tão grande dispersão de actividades e recursos. Esta dispersão origina necessariamente custos de gestão e administração (vulgo "*overheads*") bastante mais elevados.

Naturalmente que esta concentração de recursos não surgiu por acaso, mas em resultado de uma enorme necessidade de juntar o saber médico tão necessário para tratar a maior parte das doenças há 50 anos atrás. Como já foi referido, a realidade mudou e a tecnologia encarregou-se de disponibilizar meios de diagnóstico e terapêutica que permitem hoje diagnosticar e tratar com exactidão muitas doenças.

[63] Análise Deloitte

Sabendo que partimos desta realidade que não se pode mudar de forma abrupta, sugerimos algumas medidas que poderão dotar os hospitais de uma maior segmentação da sua actividade, agilidade e dinâmica:

i. Criar "pequenos hospitais" nos grandes hospitais (sejam estruturas de gestão com maior autonomia, centros de responsabilidade integrados, ou outros modelos de gestão), agregando as actividades similares e diferenciando a oferta. Com a estrutura e oferta actual, separar actividades estandardizadas, que estão perfeitamente definidas (por exemplo, cirurgia da anca), de actividades ainda muito dependentes do saber médico, onde não existe nem diagnóstico nem terapêutica eficaz.

ii. Neste processo de revisão, identificar que actividades podem (e devem) ser descentralizadas e estar mais próximo das populações, junto dos cuidados de saúde primários. No ponto anterior, referimos a necessidade de existir "policlínicas" mais perto das populações. Estas podem ser criadas por um centro de saúde, por um hospital ou por ambos, não perdendo nunca de perspectiva o tipo de cuidados que devem ser prestados.

iii. Especializar as urgências, criando unidades com pessoal dedicado, por períodos de tempo mais ou menos alargados e com rotação de pessoal, à semelhança do que é efectuado noutros países. Esta mudança permitiria garantir melhor serviço e maior eficiência nas urgências e nos cuidados hospitalares.

iv. Adicionalmente, é preciso reconhecer que existem doenças que, pela sua complexidade, dificuldade de diagnóstico e de terapêutica, devem ser tratadas de forma mais centralizada do que actualmente, em centros especializados, que permitam uma maior eficácia do tratamento, com melhores resultados clínicos e com menores custos. Nesta lógica, o doente deve ser "devolvido" à sua comunidade o mais rapidamente possível, mantendo-se uma articulação eficaz entre o centro de tratamento e o "centro de acompanhamento" que pode ser um hospital de proximidade e/ou o médico de família. Este movimento, que é inverso ao que se tem verificado no passado recente[64], é fundamental para criar eficiência no tratamento de doenças complexas e "pouco conhecidas", as quais necessitam de um grande saber médico, sistemas de diagnóstico altamente diferenciados e uma multidisciplinaridade de conhecimentos impossível de congregar noutro tipo de modelo.

v. Reconhecendo o enorme valor dos meios de diagnóstico, uma vez que são estes que permitem orientar melhor a terapêutica, pelo conhecimento mais específico dos determinantes das doenças, é preciso continuar a investir neste domínio. Naturalmente, grande parte da investigação desta área cabe à indústria de diagnósticos e farmacêutica, mas também aos grandes hospitais de elevada diferenciação, cujas equipas de investigação poderão estudar, com base em casos reais, as terapêuticas que demonstraram maior eficácia. Este aspecto é fundamental para o avanço do conhecimento médico e científico, sem o qual ficaremos encurralados nos modelos actuais.

É preciso reconhecer que existem doenças que, pela sua complexidade, dificuldade de diagnóstico e de terapêutica, devem ser tratadas de forma mais centralizada do que actualmente, em centros especializados.

A implementação destas medidas determina a necessidade de desenvolver mecanismos de gestão financeira, da actividade e das pessoas, diferentes dos que ainda prevalecem actualmente.

[64] De referir que os hospitais actuam racionalmente, de acordo com os incentivos que lhes são dados. O modelo de financiamento existente, baseado num pagamento assente na complexidade e no acto, provoca uma natural tentativa de diferenciação elevada por parte de todos os hospitais.

Um modelo hospitalar mais descentralizado como pensamos ser adequado, implica mecanismos de gestão rigorosos: definição de objectivos e monitorização de resultados (actualmente inserido no âmbito da contratualização interna). Este planeamento estratégico, como o concebemos, deve ser implementado em cascata, alinhando os objectivos para o sistema de saúde com os objectivos dos hospitais. Esta dinâmica implica também atribuir responsabilidades financeiras e de gestão de pessoas, sempre alinhada com a estratégia global definida para a organização. Adicionalmente, é necessário criar mecanismos de incentivos, desenvolvimento e responsabilização dos recursos humanos dos hospitais, que permita implementar a dinâmica referida. O ser humano responde aos incentivos que lhe são dados e, se forem os correctos, seguramente é possível encontrar soluções que permitam implementar a dinâmica desejada. A gestão de recursos humanos deve ser local, seguindo naturalmente políticas nacionais e/ou regionais, garantindo a flexibilidade necessária de actuação que permitirá de facto criar esta nova dinâmica na prestação de cuidados de saúde.

Quer por uma questão de maior eficiência dos recursos, quer por uma maior satisfação das pessoas, os processos devem ser definidos em torno do cidadão e não em torno de cada uma das organizações.

Promover a integração de cuidados

Por último, mas não menos importante, relembrar que o cidadão deve estar no centro do sistema, pois ele é de facto o "Cliente". Assim, quer por uma questão de maior eficiência dos recursos, quer por uma maior satisfação das pessoas, os processos devem ser definidos em torno do cidadão e não em torno de cada uma das organizações. Com este imperativo é fácil compreender que a única forma de atingir este objectivo é com uma perfeita articulação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde nos diferentes níveis de cuidados.

O cidadão irá ganhar mais responsabilidade na gestão da sua saúde (ou doença), sabendo que actualmente as condições para que isto aconteça não estão reunidas, por baixa literacia da população, por inexistência de informação e processos clínicos pouco estruturados e por reduzida organização de informação de domínio público sobre as doenças. Assim, o papel do médico de família surge como fundamental na "navegação" do cidadão dentro do sistema e no seu aconselhamento. Deve possuir o conhecimento geral e integrado da saúde de cada um dos cidadãos que acompanha, podendo ser pró-activo e não apenas um "*gatekeeper*".

Não podemos, no entanto ignorar os avanços tecnológicos e também de cultura e literacia da população, que permitem apostar em modelos de auto-gestão. Cada vez mais, é possível dotar as pessoas do conhecimento, meios de comunicação e meios de diagnóstico (de utilização em casa) que permitem uma maior autonomia na prevenção e no controlo da doença crónica. Esta é uma significativa mudança de paradigma no modelo actual. O médico é o apoio, a pessoa a quem se recorre em caso de necessidade e com quem se esclarecem dúvidas. É também a pessoa que pro-activamente pode accionar contacto com os seus doentes para avaliar o estado de saúde.

É preciso criar canais de contacto alternativos, não assentes em consultas presenciais (por exemplo: telefone, email), garantindo modelos de financiamento por capitação, uma vez que o principal objectivo destes médicos é a manutenção da saúde e não o tratamento da doença.

Um elemento importante neste processo é dotar cada cidadão do seu processo clínico, processo este que deve incluir a informação básica dos episódios de saúde que ocorreram, mas também a sua informação, associada à gestão da saúde ou da doença crónica[65].

[65] À data da realização deste estudo está em curso um processo liderado por um grupo de trabalho do MS para o Registo de Saúde Electrónico.

Envolver as autarquias, a segurança social e o sector social

O Estado deve fazer parcerias e encontrar formas de prestação de cuidados e eliminação de desigualdades sociais e económicas que permitam, paulatinamente, caminharmos para uma maior inclusão, também na saúde, das pessoas mais carenciadas. Existem já diversos exemplos de programas conjuntos entre Centros de Saúde, Autarquias e IPSS, que pretendem chegar mais próximo das pessoas, endereçando alguns dos factores que condicionam a saúde das populações.

Estes programas devem ser estudados e replicados sempre que se demonstre social ou economicamente vantajoso.

Desafio: Promover a saúde e prevenir a doença

Análise de Fernando Leal da Costa

O desafio da promoção da saúde e de prevenção da doença deve ser o ponto de rotação do eixo da reforma do sistema de saúde. Um próximo relatório sobre a Saúde em Portugal deverá começar por aqui, pelo desafio de promover a saúde e prevenir as doenças. No dizer de Beaglehole e Bonita, a Saúde Pública está no "cruzamento" da escolha entre o foco estreito na saúde individual ou a visão alargada sobre os principais problemas e determinantes[66]. Um caminho não exclui, no meu entender, o outro: complementam-se.

Quase todo o pensamento sobre cuidados de saúde ainda está demasiado centrado no doente individual e menos na saúde de toda a sociedade. Ainda hoje, tratamos mais do que curamos. A prática individual e individualizada de cuidados de saúde raramente é "curativa" – num sentido estrito -, sendo que qualquer intervenção terapêutica é sempre, por definição, preventiva e não se pode esgotar num mero papel de resolução de cada crise que possa acontecer. Prevenimos danos, sejam doenças, complicações ou sequelas. O peso das doenças não transmissíveis, crescente mesmo em países com menor desenvolvimento económico, e o da cronicidade – parcialmente em resultado da nossa capacidade técnica de prolongar a vida, o que lhe pode conferir um significado positivo - impõe-nos uma maior carga de doença. Por outro lado, a (re?)emergência de doenças transmissíveis e a nossa incapacidade colectiva de as erradicarmos – assumindo que Darwin deixaria que isso acontecesse- não tem permitido que o mundo de hoje seja tão saudável quanto o nosso nível de conhecimento tecnológico deveria impor. Um sistema de saúde "decente", no dizer de Reid[67], moralmente comprometido, na sua dimensão política, económica e médica, com a saúde de cada um de e com a de todos, precisa de um enfoque preventivo que o sustente.

"O doente exige ser tratado, independentemente da utilidade do tratamento"[68]. Esta afirmação, actualmente ainda mais incontestável do que quando foi escrita, associada à ideia de que uma medida do valor do Estado é a sua capacidade de dar às pessoas, tem elevado a pressão exercida pelos utilizadores a um ponto de insustentabilidade que este relatório da Deloitte tenta abordar.

Sem nos alongarmos em considerações sobre a utilidade real de muitas das inovações tecnológicas, em especial no campo do diagnóstico e tratamento, a verdade é que possuímos hoje um conjunto de instrumentos para intervenções na saúde que contribuíram, a par de progressos na organização do serviço nacional de saúde e do sistema de saúde português, para uma melhoria muito substancial da longevidade e qualidade de vida dos portugueses. Mas sem promoção da saúde e prevenção das doenças não estaríamos onde estamos agora. Mais do que nunca, temos de avançar na melhoria do estado de saúde da população portuguesa se quisermos manter os níveis de bem-estar de que precisamos e a que temos direito. Mas esse direito à saúde, a que corresponde um dever do Estado, está acompanhado de uma obrigação, de TODOS, de "a defender (à saúde) e promover"[69].

"Nos nossos dias, o Estado deve capacitar os cidadãos para fazerem opções saudáveis. Só uma pessoa informada está habilitada a realizar boas escolhas"[70].

A carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como o processo que permita às pessoas o aumento do controlo sobre e para a melhoria da sua saúde[71]. Esta ideia de empoderamento deve ser entendida como um reforço da capacidade de cada um decidir acerca de si próprio, devendo ser informado sobre cada caminho e suas consequências. O desejo de gratuitidade para os cuidados de saúde, mesmo que só tendencial, tem um preço que é pago por todos. Tanto mais quanto o cidadão é potencialmente muito mais utilizador de serviços do que pagador, exige-se uma consciencialização do papel individual da pessoa para o bem colectivo, incluindo a saúde da sociedade onde se vive.

[66] Beaglehole R e Bonita R. Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects, 2ª ed. , Cambridge University Press, Cambridge 2004.
[67] Reid T.R., The Healing of America, Penguin Press, Nova Iorque, 2009.
[68] Harman J.B., Perspective of Medicine, Pitman Medical, Londres, 1964.
[69] Artigo 64º da Lei Constitucional 1/2005 de 12 de Agosto.
[70] Cavaco Silva A., intervenção na Cerimónia de Abertura do XXVIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, in Roteiros II, Imprensa Nacional- Casa da Moeda, Lisboa, 2008
[71] Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Genebra, 1986.

Não será imaginável que alguém deseje adoecer só para receber parte daquilo que toda a vida pagou ou outros pagaram por ele. Não será melhor evitar um cancro, por exemplo, não fumando e não impondo o fumo a quem não o quer, do que "reaver" a contribuição em impostos através de operações e citostáticos? Não existirão outras necessidades prementes, inevitáveis e inadiáveis, para onde seja necessário canalizar recursos? E mesmo que o sistema fosse exclusivamente financiado por fundos privados, o que me parece impossível em Portugal para a qualidade e universalidade exigíveis, o custo de alguns seria sempre repartido por todos. Em suma, é imperioso criar uma verdadeira literacia de saúde, para governados e governantes, gerando um novo substracto cultural que será a base para escolhas racionais que possam ser úteis a longo prazo.

É preciso recuperar atrasos. Precisamos de programas que se cumpram e se avaliem, de planos que se concluam antes de criarmos o seguinte. Necessitamos de legislação correcta, inteligível, útil, corajosa e que não esteja sempre a ser revista porque demonstradamente insuficiente na sua primeira versão. Temos de criar uma consciência colectiva de obrigação mútua entre as pessoas e o Estado que possa conduzir a uma população saudável, com um sistema de saúde global e inclusivo, económica e financeiramente sustentável, apoiado em políticas públicas centradas, todas elas, no completo bem-estar físico, mental e social e não na mera ausência de doença ou enfermidade. "Na área do Estado, as responsabilidades são hoje transversais e ultrapassam o tradicional campo de actuação do Ministério da Saúde. Praticamente todas as políticas, directa ou indirectamente, têm um impacto na saúde. Neste contexto, temos de alargar o âmbito da responsabilidade pela escolha de políticas públicas saudáveis, dos transportes ao urbanismo, da alimentação ao desporto, do desenvolvimento industrial à agricultura, do ambiente à educação"[72]. As palavras do Senhor Presidente da República, mais uma vez citado nesta nota introdutória, devem constituir um ponto de partida para uma mudança de foco em toda a planificação política para a saúde em Portugal, onde ainda precisamos de ser capazes de implementar uma visão social no pensamento de cada um de nós sobre a saúde. No fundo, introduzir os princípios para a boa governação que constam do relatório elaborado por Derek Wanless, Securing Good Health for the Whole Population[73], de 2004 que optei por não tentar traduzir, e torná-los óbvios, evidentes e indispensáveis para cada cidadão.

- Interventions should tackle public health objectives and the causes of any decision-making failures as directly as possible;

- Interventions should be evidence-based, though the lack of conclusive evidence should not, where there is serious risk to the nation's health, block action proportionate to that risk;

- The total costs of an intervention to the Government and society must be kept to a minimum and be less than the expected benefits over the life of the policy: interventions should be prioritised to select those which represent best value;

- The distributional effects of any programme of interventions should be acceptable; and

- The right of the individual to choose their own lifestyle must be balanced against any adverse impacts those choices have on the quality of life of others.

Fernando Leal da Costa
Serviço de Hematologia do IPO de Lisboa

[72] Cavaco Silva A., intervenção na Sessão de Abertura do Ano Académico na Academia Portuguesa de Medicina, in Roteiros I, Imprensa Nacional- Casa da Moeda, Lisboa, 2007.
[73] http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.hm-treasury.gov.uk/d/Wanless04_ch9.pdf, acedido em 2 de Janeiro de 2011.

Desafio: Promover a saúde e prevenir a doença

A promoção da saúde e a prevenção da doença devem estar na base do planeamento estratégico da saúde, e embora este seja um conceito que geralmente reúne a unanimidade, na prática a lógica do sistema e das políticas tem passado muito mais pelo investimento em cuidados de saúde curativos.

Esta mudança para uma perspectiva de prevenção, só é possível focando esforços:

- Na saúde e na formação de cidadãos saudáveis, visando a redução dos investimentos necessários para o tratamento da doença;

Mais de 80% dos casos de doenças coronárias, 90% de diabetes tipo 2 e um terço das doenças de cancro poderiam ser evitadas pela alteração de hábitos alimentares, actividade física e consumo de tabaco.

- Na educação para a saúde e na responsabilização dos cidadãos, aumentando os níveis de literacia das populações em matérias relacionadas com hábitos de vida saudável e com auto-cuidados;

- Em iniciativas intersectoriais e envolvendo stakeholders com maior proximidade aos cidadãos, planeando e agindo com benefícios para todas as partes envolvidas.

A organização actual do sistema está focada no tratamento da doença, mas menos atenta à promoção da saúde, por várias razões históricas: as medidas orientadas para o tratamento de doenças (o investimento em novos hospitais e a gestão do medicamento, entre outros) têm impactos visíveis no curto prazo reforçam o papel do Estado-providência e conferem às populações a sensação de que estão a ser feitos esforços para melhorar o seu estado de saúde.

Por seu lado, as políticas dirigidas à prevenção têm efeitos menos visíveis, não só porque os seus efeitos se sentem a mais longo prazo, mas também porque em parte dependem mais dos comportamentos dos indivíduos, sendo menos controláveis. Mas é exactamente porque depende dos indivíduos que o primeiro grande objectivo deve ser o de os capacitar para a promoção da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 80% dos casos de doenças coronárias, 90% de diabetes tipo 2 e um terço das doenças de cancro poderiam ser evitadas pela alteração de hábitos alimentares, actividade física e consumo de tabaco[74], o que reforça a importância da capacitação dos indivíduos.

Esta capacitação terá também reflexos noutras áreas de ineficiência do sistema actual - um cidadão informado está mais atento à utilização que faz do sistema de saúde e ao desperdício, contribuindo assim para a redução de custos. Recorre aos serviços de saúde quando é efectivamente necessário, ao invés de se dirigir às urgências à menor suspeita. Tem mais autonomia para a prática de auto-cuidados, reduzindo a necessidade de capacidade instalada de serviços de saúde e exige mais qualidade dos prestadores de saúde, forçando a melhoria dos serviços prestados.

Há múltiplas formas de capacitar as populações para a saúde. Os médicos de família, nos centros de saúde, têm um papel importante na informação a veicular aos cidadãos. Mas não podem ser os únicos.

[74] Organização Mundial de Saúde, "Chronic disease information sheets", 2006

No Reino Unido, o NICE produz directivas de aconselhamento dirigidas aos médicos mas também ao público em geral, numa linguagem acessível e informativa, e a página da internet do serviço nacional de saúde britânico tem muita informação destinada a apoiar o cidadão em matéria de saúde e prevenção de doenças.

As iniciativas intersectoriais são também essenciais, para que a saúde seja pensada de forma articulada com as outras políticas, por exemplo com o Ministério da Educação, para que a promoção da saúde faça parte da educação das crianças e jovens.

Esta promoção da saúde deve ser feita envolvendo transversalmente ainda outros stakeholders, incluindo os que, por terem contacto privilegiado com os cidadãos, como as autarquias, irão operacionalizar com maior agilidade políticas concertadas e adaptadas às realidades locais. Esta lógica passa por incluir estes agentes nos processos de planeamento da saúde e atribuir-lhes responsabilidades também ao nível da implementação, desenvolver parcerias entre as autarquias, o sector social, a saúde e as associações de doentes, partilhar boas práticas e programas de sucesso entre regiões – em suma, agir localmente, próximo das populações.

Nestas parcerias é importante pensar como podem ser partilhados custos e benefícios na implementação de programas de comunicação, formação e capacitação dos cidadãos.

Estes programas devem também incluir como destinatários os doentes crónicos, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida com a doença, minimizando o risco do agravamento do seu estado de saúde através de um conjunto compreensivo de auto-cuidados. São cada vez mais frequentes, um pouco por todo o mundo, os fóruns de discussão e partilha de informação entre doentes com a mesma patologia, com partilha de práticas e costumes que melhoram o seu dia-a-dia e evitam a recorrência tão frequente às urgências e outros serviços de saúde. É por isso importante promover estas iniciativas, com associações de doentes e outras estruturas próximas dos cidadãos.

São cada vez mais frequentes um pouco por todo o mundo os fóruns de discussão e partilha de informação entre doentes com a mesma patologia, com partilha de práticas e costumes que melhoram o seu dia-a-dia e evitam a recorrência tão frequente às urgências e outros serviços de saúde.

Por fim, qualquer modelo só tem sucesso se existirem incentivos financeiros para a sua realização. Um bom exemplo do que pode ser efectuado a este nível é o pagamento aos cuidados de saúde primários com base num misto de capitação e resultados, em que a quantidade de cuidados prestados não tem qualquer relevância (este aspecto é explorado no desafio seguinte, relativo ao modelo de financiamento).

Desafio: Melhorar o financiamento e a alocação de recursos no sistema

Análise de Pedro Pita Barros

Primeiro que tudo é necessário definir o que se entende por financiamento. O sector da saúde tem como uma das suas características essenciais a presença de um triângulo (quase passional) entre cidadãos, entidade(s) financiadora(s) e prestadores de cuidados de saúde. De um modo simplificado, o cidadão paga à(s) entidade(s) financiadora(s) um valor de modo regular para que quando necessitar de cuidados de saúde, essa entidade assuma o respectivo encargo financeiro. O prestador de cuidados de saúde, neste triângulo, presta os cuidados de saúde necessários aos cidadãos e em contrapartida são pagos pela entidade financiadora. Por seu lado, a entidade financiadora tem dois papéis a cumprir. Primeiro, tem a missão de recolher fundos junto dos cidadãos. Segundo, tem a função de pagar aos prestadores. Os fundos que obtém na primeira função têm que ser suficientes para assegurar a segunda. Desta breve e sumária descrição, que abstrai de muitos outros aspectos de funcionamento do sistema de saúde, também decorre que falar em melhorar o financiamento encerra desde logo a ambiguidade de saber se se está a falar da primeira função (relação da entidade financiadora com o cidadão) ou da segunda função (relação da entidade financiadora com os prestadores de cuidados de saúde).

A complicar a discussão um pouco mais está o facto de as funções não serem independentes – a forma de organizar a relação entre a entidade financiadora e o cidadão afecta a relação da entidade financiadora com os prestadores de cuidados de saúde (e vice-versa). Dois exemplos rápidos. Ao estabelecer taxas moderadoras, a entidade financiadora tem como objectivo primordial reduzir o abuso na utilização do sistema e como tal diminuir o que é pago aos prestadores e em última instância reduzir quanto os cidadãos têm que pagar para a entidade financiadora. Por outro lado, se a entidade financiadora pagar acriticamente tudo o que lhe for apresentado pelos prestadores de cuidados de saúde, facilmente se chega a uma situação em que são prestados cuidados em excesso (face à necessidade) e a um preço demasiado elevado, obrigando a recolher mais fundos juntos dos cidadãos.

Ao optar entre diferentes modelos de pagamento aos prestadores, a entidade financiadora está também a influenciar o montante de fundos que é necessário obter da população.

No contexto português, a principal fonte de origem de fundos para o sector da saúde é o orçamento de Estado (logo, receitas de impostos), seguida de pagamentos directos dos cidadãos (sobretudo devido à componente de medicamentos). Só depois surgem como fonte de financiamento as contribuições para subsistemas de saúde (nomeadamente, os subsistemas de saúde públicos) e por fim os contratos de seguro de saúde voluntário (e contratados comercialmente).

Dentro deste enquadramento, a proposta de alargar a abrangência das taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde tem toda a propriedade, na medida em que abrangência tenha o propósito de realizar uma cuidadosa (e criteriosa) verificação das situações de isenção de pagamento de taxa moderadora, avaliando se as motivações que levaram em tempos à criação dessa isenção são hoje ainda válidas. Neste campo, permito-me retomar o princípio enunciado pela Comissão para Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde: "Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, com uma redefinição das isenções baseadas em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde"[75].

Outros aspectos focados no documento estão associados com a segunda função: relação entre entidade financiadora e prestadores de cuidados de saúde, em particular quando as duas se confundem numa mesma entidade, o Serviço Nacional de Saúde. Estando globalmente de acordo com os vários princípios enunciados (zonas de influência e referenciação, aumento da capacidade de monitorização, avaliação e gestão) há dois aspectos, em planos distintos, que constituem desafios a ultrapassar.

O primeiro desses aspectos está associado com a proposta de "adequação dos preços aos custos, com base em referenciais de eficiência máxima". O principal desafio é a definição de qual o sistema de pagamento

[75] Jorge Simões, Pedro Pita Barros e João Pereira, Coordenadores, A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde, Ministério da Saúde – Secretaria Geral, p. 174.

possível para que se possa definir qual o conceito de custos relevante. Por exemplo, tendo a estrutura de custos de algumas unidades prestadoras de cuidados de saúde, como os hospitais, a característica de um custo fixo relativamente elevado e de um custo marginal de tratar mais um doente relativamente baixo, fará sentido o pagamento com base num preço médio, ou em "tarifa a duas partes"? Adicionalmente, sendo que o sistema público de prestação de cuidados de saúde tem também o objectivo de ter capacidade para responder a pressões inesperadas de procura, será a "disponibilidade" um serviço económico a também ser remunerado? Conforme os prestadores de cuidados de saúde forem tendo pressão crescente da entidade financiadora para serem eficientes, é natural que procurem novas fontes de receita, ou novas justificações de pagamento, procedendo a uma caracterização mais cuidada dos serviços prestados.

O segundo aspecto, crucial e ligado à importância atribuída à criação de mecanismos de concorrência, para a melhoria contínua, é a ausência de qualquer referência a mecanismos pelos quais se processe a saída do sistema público das unidades prestadoras de cuidados de saúde que não sejam eficientes. Quando o prestador é privado, o mecanismo de saída é mais óbvio: falência ou aquisição por parte de outro prestador (ou entidade) que espera fazer melhor gestão dos recursos.

No sector público, há que introduzir mecanismos próprios de saída. O mecanismo de falência deverá ser substituído por outro. Por exemplo, a falência poderá ser "imitada" pela substituição integral da equipa de gestão e despedimento do pessoal que trabalha na unidade de cuidados de saúde, sendo nomeada nova equipa de gestão com a capacidade de contratar quem considerar adequado. O mecanismo de aquisição poderá ser substituído por "aquisição interna ao Serviço Nacional de Saúde", com a capacidade de redução de pessoal, salários, etc...

Estes dois mecanismos são apenas ilustrativos, sendo obviamente fundamental determinar os contornos exactos que deverão e/ou poderão ter. Pretende-se unicamente abrir a discussão sobre a sua criação, de forma clara.

O leitor mais atento notará, nesta altura, que uma solução possível seria a privatização das unidades de cuidados de saúde, para depois se aproveitarem os dois mecanismos, falência e aquisição, que asseguram que apenas as entidades mais eficientes permanecem em actividade. De alguma forma até se pode ler no relatório essa possibilidade, surgindo com o título "transferência de risco para o sector privado e social". No entanto, essa omissão foi propositada da minha parte. Sendo verdade que pontualmente essa alternativa, a privatização, é equacionável, é igualmente verdade que não será solução universal. Em situações de "monopólio natural" e/ou monopólio legal, na prestação de cuidados de saúde, não é evidente que monopólios privados em cuidados de saúde e regulados sejam uma solução melhor, do ponto de vista da eficiência, do que a prestação pública directa.

A natureza da propriedade, pública ou privada, tende, no contexto de prestação de cuidados de saúde em condições de monopólio natural ou legal, a ser menos determinante do que o sistema de pagamento ao prestador e o seu enquadramento de funcionamento, num sentido mais geral.

A liberdade de escolha é um princípio importante e a salvaguardar, embora se deva situar ao nível do sistema de protecção e de organização da prestação, e não na decisão de cuidados de saúde de uma forma irrestrita. Um exemplo simples ilustra – a realização de um TAC ou de uma ressonância magnética tem que resultar de um critério de necessidade clínica e não da vontade individual de realizar esse tipo de exame por parte do cidadão.

Face a este enquadramento, as propostas assentam na introdução de modelos de pagamento caracterizados por incentivos fortes à procura de eficiência. Por incentivos, entende-se aqui um enquadramento financeiro que motive as entidades prestadoras de cuidados de saúde a procurar serem mais eficientes.

Esse enquadramento é igualmente caracterizado, em geral, por impor mais risco à entidade prestadora de cuidados de saúde e por esta última recolher, em grande medida, os benefícios das poupanças que alcançar.

Tipicamente, o modelo de pagamento assenta em mecanismos de capitação (ajustada ou não), aspecto usualmente debatido, e na existência de uma penalização, caso não sejam obtidos resultados adequados, aspecto usualmente negligenciado em termos de discussão.

Se houver perdas financeiras significativas e continuadas durante um período de tempo relevante, qual a consequência? Retoma-se aqui a importância dos mecanismos de saída referidos anteriormente. Ou seja, pretendendo-se avançar para mecanismos de pagamento por capitação, o desafio de definir os mecanismos de saída de entidades de prestação de cuidados de saúde ineficientes é elemento chave para a credibilidade do sistema.

A outra dimensão da entidade financiadora é a angariação de fundos. A este respeito, a proposta lançada é a de um novo contrato social (embora não seja apresentado desta forma, tal decorre do tipo de propostas enunciadas), com a (re)definição dos limites de cobertura do Serviço Nacional de Saúde, enquanto garante dos preceitos constitucionais relativos à protecção da saúde.

Convém, contudo, ter em atenção o que tem sucedido quando se promove uma discussão alargada sobre o que "deve e não deve" ser financiado pelo sistema público. O exemplo do estado de Oregon nos Estados Unidos, embora extremo, não deve ser ignorado.
Um último desafio focado na componente de angariação de fundos junto da população é o papel das segundas coberturas. Não basta definir que é ou não é desejável a existência de segundas (e terceiras) coberturas. Há que perceber qual o papel dessas coberturas adicionais e o modo como são financiadas. Em termos conceptuais, há que distinguir ente segundas coberturas complementares, suplementares ou duplicativas, usando a tipologia estabelecida pela OCDE. Dentro destas, as coberturas duplicativas devem ficar completamente a cargo dos cidadãos, mas não serem proibidas.

As coberturas complementares, cobrindo falhas de cobertura do sistema público, têm de ser tratadas com mais atenção. Se há uma falha do sistema público, a primeira opção deveria alargar este, e caso não seja possível, então usar a cobertura de seguro privado para o efeito. Por fim, as coberturas suplementares, que cobrem os co-pagamentos pedidos pelo sector público. Estas últimas criam um problema de consumo adicional, em que parte do custo irá recair sobre o sector público, gerando mais custos que benefícios de um ponto de vista social, mesmo que do ponto de vista do contrato privado de seguro seja vantajoso para o cidadão e para a companhia de seguros, e como tal deverão ser evitadas.

Pedro Pita Barros
Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa

Desafio: Melhorar o financiamento e a alocação de recursos no sistema

No centro da questão da sustentabilidade do sistema de saúde português está naturalmente a forma como a saúde é financiada e paga em Portugal, ou, de outro modo, que opções são necessárias tomar ao nível do financiamento de cuidados para que o sistema reúna equidade, eficiência e resultados em saúde.

Pensamos que os principais vectores de actuação a desenvolver neste domínio são o desenvolvimento do sistema de pagamento e de alocação de recursos, a promoção do envolvimento da sociedade nas decisões de financiamento da saúde e a revisão do modelo de financiamento do SNS.

Desenvolver o sistema de pagamento/alocação de recursos

Um bom modelo de financiamento deve influenciar a forma como os prestadores desenvolvem a sua actividade, tentando promover estratégias e comportamentos consonantes com os objectivos que se pretendem atingir. Esta influência tem sido exercida essencialmente por via da quantidade (e no caso dos hospitais, também da complexidade, através do índice de *case-mix* com impacto na determinação da receita), já que os contratos determinam essencialmente o volume de actos a produzir. Por outro lado, os critérios de qualidade assumem ainda um papel residual na contratação de serviços.

Em resultado, os prestadores tendem a adaptar as suas estruturas para produzir essencialmente o que maximiza a receita no curto prazo, e não aquilo que traria mais resultados em saúde, frequentemente visíveis apenas no médio e longo prazo.

Não existe um modelo de financiamento correcto único para todos os prestadores, actos e patologias, já que as necessidades dos doentes e os meios envolvidos para o tratamento são diferentes.

Há por isso que diferenciar o financiamento entre o que é diferente.

O caso das doenças crónicas é daqueles onde faz mais sentido um modelo de pagamento com base em resultados. Um modelo possível seria a capitação associada a incentivos pelos resultados, evitando assim que os prestadores reduzissem os cuidados prestados para diminuir os custos e melhorar a rentabilidade. Por outro lado, o modelo de pagamento ao acto deve ser preferido para pagar cuidados diferenciados, onde o efeito quantidade seja perfeitamente controlado (essencialmente para tratamento de doenças e casos complexos e agudos).

Adicionalmente, para que os modelos de pagamento sejam justos e promotores das melhores práticas, é também necessária a revisão periódica das tabelas de preços, por um lado orientadas aos custos incorridos, e por outro criando mecanismos que incentivem a introdução de inovação, sempre que esta resulte em menores custos, maior qualidade e maior conveniência. No caso alemão, por exemplo, os custos dos actos são apurados com informação proveniente de centenas de prestadores e actualizada anualmente, criando assim uma base para a revisão de preços.

Os prestadores tendem a adaptar as suas estruturas para produzir essencialmente o que maximiza a receita no curto prazo, e não aquilo que traria mais resultados em saúde, frequentemente visíveis apenas no médio e longo prazo.

A definição de uma nova lógica nestes modelos de pagamento deve no entanto passar também por uma revisão estruturante ao nível da articulação de cuidados, criando um sistema que privilegie a utilização dos cuidados de saúde primários em primeira instância. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, com a introdução de mecanismos de incentivos às equipas das USF, representa um primeiro passo importante no sentido do foco nos cuidados primários.

Está no entanto ainda por aferir, se estas medidas já têm efeitos visíveis na saúde das populações abrangidas e na redução do número de urgências hospitalares dessas regiões.

Efectivamente, as urgências representam uma porta aberta de elevadíssimo custo para o sistema, nomeadamente porque os médicos da urgência, por falta de informação sobre o doente, procedem a um conjunto de meios complementares de diagnóstico que de outra forma (caso o doente fosse atendido pelo seu médico de família, na posse do seu historial e informação clínica), seriam em grande parte dispensáveis.
Há portanto ainda um longo caminho para percorrer até se assistir efectivamente à articulação de cuidados primários e hospitalares. Um exemplo do esforço desenvolvido para retirar a prestação de cuidados dos hospitais é o modelo de financiamento do sistema nacional de saúde do Reino Unido, onde são os cuidados de saúde primários, organizados em *Primary Care Trusts*, que adquirem serviços hospitalares para as populações pelas quais são financiados.

Promover o envolvimento da sociedade nas decisões de financiamento da saúde
A pressão sobre os custos da saúde tem levado a medidas dirigidas à poupança no que se acreditam ser os custos com mais espaço para descer, de que os medicamentos são o principal exemplo e normalmente o alvo preferencial. Menos focadas têm sido as medidas com vista ao aumento da eficiência, tipicamente mais estruturantes ao nível das organizações e de mais difícil gestão, como sejam as alterações nos recursos humanos e nas suas formas de trabalhar. A discussão, porém, não chegou ainda ao que o Estado deve efectivamente suportar, em termos do tipo de cuidados prestados e a quem - no fundo, a definição do pacote de serviços e coberturas inerente a um qualquer seguro de saúde, na perspectiva do seu papel de pagador.
As populações sentem o direito de acesso ilimitado a todos os cuidados de saúde, inovação e tecnologia disponíveis no mercado, numa visão absoluta de Estado providência, suportado pelos impostos. No entanto, a evolução galopante do peso dos custos da saúde na despesa do Estado levanta questões mais estruturantes: poderá o Estado financiar todos os cuidados de saúde para a generalidade da população? Como estabelecer os limites do que deve e não deve ser financiado pelo Estado? Que cuidados devem ser garantidos às populações de forma generalizada, e quais os que devem ser suportados pelos próprios? E a quem cabem estas decisões?

Tomar estas decisões é dizer às populações que vão perder direitos dados como adquiridos, numa área tão nevrálgica na opinião pública como a saúde, por incapacidade do Estado de absorver *ad eternum* os custos daí resultantes. É admitir que um país com o nível de rendimento nacional como Portugal necessita ajustar o nível de cuidados que paga ao orçamento de que dispõe. A responsabilidade não pode por isso ficar confinada aos governantes, mas sim alargada ao nível parlamentar e com o envolvimento das populações. É essencial levar à discussão pública a carteira de serviços que o Estado deve suportar, promovendo o debate e construindo uma solução participada.

Rever o modelo de financiamento do SNS
Uma outra questão estruturante prende-se com as duplas coberturas hoje existentes no modelo de financiamento da saúde. Efectivamente, sendo o acesso ao SNS generalizado e sendo os mesmos serviços oferecidos pelos prestadores privados e pelos subsistemas de saúde públicos e privados, mas pagos na totalidade (pelo próprio ou por seguros de saúde), assistimos a uma dupla cobertura que não promove nem a equidade do sistema, nem a competitividade, nem o desenvolvimento de competências especializadas.

As duplas coberturas incentivam um sobre consumo de cuidados, incentivando a abertura de novas unidades de saúde, criando capacidade excedentária no sistema de saúde. Este excesso de capacidade pode ter como implicações piores resultados clínicos e financeiros das unidades de saúde.

Evitar as duplas coberturas e efectuar um adequado planeamento de oferta (independentemente de ser pública ou privada) traria seguramente poupança ao sistema de saúde.

No exemplo do modelo holandês, as duplas coberturas são evitadas através de um sistema em que as pessoas são obrigadas a subscrever uma apólice de seguro para a cobertura dos serviços básicos de saúde, podendo

depois contratar seguros adicionais para outro tipo de serviços. Adicionalmente é disponibilizado um seguro público de cobertura também universal, destinado a cobrir despesas médicas excepcionais e de custo elevado (cuidados continuados e ao domicílio, por exemplo). Em suma, os seguros privados de acesso livre destinam-se a pagar o que não estiver contemplado nos pacotes base. Em Portugal esta articulação no financiamento está longe de ser uma realidade.

Desafio: Melhorar a gestão do Serviço Nacional de Saúde

Desafio: Melhorar a gestão do Serviço Nacional de Saúde

Nos últimos anos, tem havido um esforço significativo de melhorar a gestão do Serviço Nacional de Saúde, com maior acompanhamento do desempenho dos hospitais e dos cuidados de saúde primários, avaliação dos Conselhos de Administração, financiamento com parcela indexada à qualidade, entre outras medidas. O denominador comum destas acções é a falta de uma infra-estrutura (pessoas, processos e tecnologia) que garanta a sustentação e articulação destas medidas, potenciando os seus benefícios. Por estes motivos, existe ainda uma margem de progressão significativa, particularmente no que diz respeito à melhoria da eficiência melhorando a qualidade (ou no mínimo mantendo-a).

Melhorar a eficiência do sistema e a gestão do SNS, implica desenvolver um conjunto de processos e sistemas de informação, capacitando as pessoas para esta mudança, destacando as áreas do planeamento, da monitorização, da gestão dos recursos humanos e dos sistemas de informação.

Melhorar o planeamento estratégico e operacional

Um bom planeamento estratégico no SNS implica conhecer a procura de cuidados para poder ajustar a oferta de forma adequada. Actualmente, a informação existente apenas permite conhecer de forma sistematizada a procura explícita, ou seja, aquela que resulta da procura de cuidados de saúde (visível nos actos praticados e nas listas de espera existentes), mas não a procura implícita que resulta das verdadeiras necessidades em saúde e das características epidemiológicas da população. No entanto, esta informação existe muitas vezes nos sistemas de informação dos prestadores de cuidados de saúde, mas não é integrada, nem utilizada para suportar a gestão. Assim, o conhecimento da procura implícita tem estado dependente da realização de estudos, mais ou menos profundos e abrangentes.

É pois necessário conhecer as condições epidemiológicas do país e a prevalência de determinadas doenças em cada região.
Sabendo que a informação não é perfeita, entendemos que existem já diversas fontes de informação que poderiam ser integradas para perspectivar, nas doenças mais importantes, a sua incidência e prevalência, orientando as acções regionais, locais e sobretudo a organização da oferta. Neste processo, dever-se-á definir um modelo de informação e alimentá-lo incrementalmente a partir da informação que reside, já hoje, em múltiplos sistemas de informação.

Não existe processo de planeamento que resista ao desconhecimento da procura. Por este motivo, conhecer a procura deverá ser um ponto de partida essencial.
A definição de um modelo de informação terá ainda como vantagem a criação de orientações para a informação mínima a constar do registo clínico de cada pessoa.

Com uma boa base de informação sobre as necessidades em saúde, as linhas de orientação estratégica definidas no Plano Nacional de Saúde e a procura real de cuidados, é necessário planear e adequar a oferta. Naturalmente, não se estando a partir do ponto zero, haverá que fazer um estudo da capacidade instalada em cada região e planear o incremento ou redução de actividade em função da procura de forma gradual.

Neste sentido, é fundamental criar uma base de informação que permita conhecer a capacidade instalada em cada hospital e ACES, os equipamentos pesados existentes, os recursos humanos especializados disponíveis[76], definindo qual a oferta que deve existir em cada local, através de um equilíbrio entre a proximidade desejável, os investimentos necessários e a qualidade a atingir. Na prática, o SNS, nomeadamente quem tem responsabilidades pelo planeamento da oferta, não poderá manter a actual filosofia de descentralização, sobretudo ao nível dos hospitais, em que é por vezes deixado ao critério de cada um a definição das especialidades e linhas de produção que deve

[76] É importante referir aqui, que o plano estratégico de sistemas de informação da saúde já prevê muitas destas componentes, como seja o registo nacional de entidades (onde poderá constar a informação da capacidade disponível), o registo nacional de profissionais (que permite identificar quem trabalha em que local) e ainda a informação reportada pelos prestadores sobre as actividades executadas. Quando estas peças estiverem concluídas, faltará ainda a sua integração e produção de informação útil para o planeamento.

oferecer à sua população. Finalmente, é necessário conhecer a capacidade disponível e a capacidade utilizada, maximizando a sua utilização num sector de elevadíssimos custos fixos e enorme rigidez. Fechar serviços em saúde, embora muitas vezes necessário para promover eficiência e melhorar resultados é um processo muito complexo, em que os interesses dos vários *stakeholders* acabam por se sobrepor à análise custo-benefício.

Importa ainda referir que este planeamento deve contemplar, sempre que necessário e/ou vantajoso, a contratação de serviços ou a concessão a entidades privadas ou do sector social. Esta análise deve ter em conta a capacidade instalada, a análise custo-benefício, a flexibilidade face a necessidades de investimento ou desinvestimento, entre outros factores.

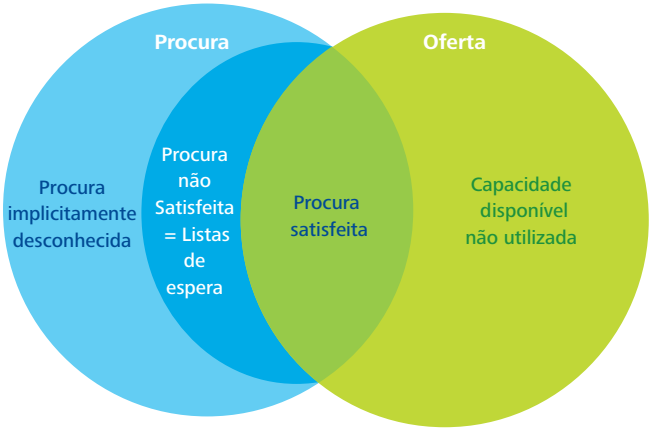
Para concretizar os benefícios resultantes do encontro entre a procura e a oferta de cuidados é necessário implementar um processo de planeamento sólido e recorrente.

A nível nacional, a melhor iniciativa do ponto de vista de planeamento estratégico culmina com o Plano Nacional de Saúde (PNS), o qual determina as grandes orientações nacionais e um conjunto de iniciativas a realizar.

As linhas de orientação para o PNS 2011-2016 são claras e estabelecem a necessidade de dar sequência ao plano a nível local e regional, de estabelecer orçamentos e alocar recursos humanos. No passado, não tem existido uma articulação clara entre o PNS e as estratégias regionais, sendo que muitas das estratégias aí definidas são concretizadas com acções muitas vezes "empurradas" até ao terreno, por não estarem reflectidas nos seus planos de actividades.
Ademais, não tem existido um processo de alocação de recursos de forma sistemática às iniciativas do PNS.

Adicionalmente, não é claro que o planeamento estratégico realizado ao nível hospitalar siga de forma explícita as orientações do PNS. Normalmente, o processo de planeamento estratégico hospitalar baseia-se mais na oferta e na capacidade instalada do que na procura, não se garantindo que a soma destes planos seja a melhor resposta para uma região ou para o país. Um planeamento nacional, regional e local, articulado, poderia determinar configurações na oferta de serviços diferente da que existe actualmente.

Figura 41 – Análise oferta/procura[77]



[77] Análise Deloitte

Assim, o processo de planeamento deverá ser efectuado em três níveis:

i. Um nível estratégico, nacional, que permita criar orientações e objectivos para o desenvolvimento regional e para doenças e patologias que, pela sua complexidade e custo, devam sempre estar sujeitas a um planeamento nacional (por exemplo, transplantes) – actualmente o PNS.

ii. Um nível táctico, em cada região, em perfeito alinhamento com os objectivos nacionais, aplicando-os à sua realidade e adequando a oferta à procura regional, equilibrando variáveis como o acesso, a proximidade e a eficiência.

iii. Um nível operacional, em cada prestador ou grupo de prestadores, em alinhamento como os objectivos regionais devendo ainda, a nível local, ajustar a sua oferta à procura.

Este processo de planeamento, para ser articulado, deve funcionar em cascata, reflectindo os objectivos nacionais, nos regionais e nos locais, que por sua vez determinarão a identificação dos processos críticos e as acções que importa desenvolver para atingir os objectivos definidos. O QUAR pode ser a ferramenta que reflecte esta articulação, integrando os objectivos e definindo acções e métricas para monitorização. Idealmente, em cada organização, os objectivos estratégicos devem ser reflectidos nos objectivos individuais das pessoas.

Associado ao processo de planeamento estratégico, deverá estar a alocação de recursos humanos e financeiros, determinando o orçamento de investimento e o orçamento operacional bem como o dimensionamento de recursos necessários à sua execução.

Finalmente, deve ser efectuada a monitorização dos resultados, os quais devem dar origem a acções de melhoria/correcção, sendo input para o processo de planeamento seguinte.

A figura abaixo ilustra este círculo virtuoso do planeamento.

Figura 42 – Círculo virtuoso do planeamento[78]

[78] Análise Deloitte

Desenvolver mecanismos de monitorização e avaliação

A implementação de estratégias e políticas nacionais, regionais ou locais, implica a sua monitorização e avaliação, processos que só podem ser executados de forma sistemática e com custos razoáveis, se baseados em informação disponível, suportados por sistemas de informação interoperáveis. O SNS produz actualmente muita informação, que se encontra muitas vezes a nível local, sem uma dimensão de análise regional e/ou nacional e, consequentemente, muito mal aproveitada no seu potencial. Conceber política e estratégia, sem informação, numa área de elevadíssima rigidez de recursos, consubstancia um risco significativo, uma vez que as medidas tomadas em determinado momento são muito difíceis de inverter.

A informação deve ser concebida em dois níveis: informação estratégica e informação operacional, a qual poderá ser utilizada para sustentar as decisões estratégicas, para controlar a actividade e para identificar melhorias operacionais.

Assim, identificamos três áreas em que é fundamental desenvolver melhores mecanismos de monitorização e avaliação:

i. **Avaliação dos resultados em saúde:** Desenvolver sistemas e métodos de avaliação dos resultados em saúde, não só globais, mas específicos ligados às acções definidas. Esta avaliação pode centrar-se na tecnologia, seja ela de novos medicamentos, novos dispositivos médicos ou novas técnicas de tratamento e de diagnóstico, mas também na avaliação de resultados de programas de saúde específicos. Por exemplo, as acções de gestão integrada da doença na diabetes reduziram o número de episódios agudos? A proximidade de consultas de especialidade teve ganhos em saúde? Quais os resultados das consultas domiciliárias em determinada região?

   Uma componente fundamental da monitorização deve incidir sobre a avaliação dos resultados/ganhos em saúde que resultaram das acções estratégicas definidas. A avaliação dos resultados não se deve limitar ao impacto para o SNS e para a saúde global da população, mas avaliar também o seu impacto social e económico. Esta é a dimensão que na maior parte das análises é esquecida. Os benefícios de uma população mais saudável são muitas vezes sociais e económicos, sendo a despesa em saúde um investimento cujo retorno só parcialmente fica no sector da saúde.

Conceber política e estratégia, sem informação, numa área de elevadíssima rigidez de recursos, consubstancia um risco significativo, uma vez que as medidas tomadas em determinado momento são muito difíceis de inverter.

Convém separar os dois tipos de avaliação acima referidos (de tecnologias e de programas), por serem distintos e implicarem processos e infra-estruturas diferentes, embora ambos necessitem de informação que facilite o processo de avaliação e monitorização.

A primeira, a qual já referimos no ponto relativo à organização e governação do sector, deve ser executada por uma agência independente e centrar-se na avaliação de tecnologias que pelo seu elevado custo ou pela sua significativa diferenciação, careçam de uma avaliação que oriente os decisores e os clínicos quanto à sua utilização e financiamento. Neste caso, a existência de processos clínicos electrónicos é particularmente útil, para uma avaliação realizada com base em dados do terreno ao invés de, apenas, dados de ensaios clínicos e estudos controlados.

A segunda deve ser implementada de forma mais sistemática, criando processos e mecanismos para a produção de informação, que permita associar ganhos e custos aos programas que são executados. Este processo, para ter sucesso, não pode ser implementado de forma *ad-hoc* para cada programa, mas ter em conta as estratégias nacionais definidas no Plano Nacional de Saúde e ser sistematizada a informação útil.

Na maior parte dos casos, a informação necessária para implementar estes modelos de monitorização existe nos sistemas de informação, que com as devidas adaptações, permitirão a consolidação de informação por programa.

A maior dificuldade poder-se-á prender com o impacto social e económico, particularmente naquele que respeita ao controlo da morbilidade, incapacidades e baixas por doença. Numa perspectiva mais micro, as regiões e unidades de saúde que executem programas específicos deverão criar no seu arranque as medidas pelas quais vão avaliar o sucesso.

Figura 43 – Monitorização e avaliação[79]

[79] Análise Deloitte

ii. **Desenvolver mecanismos de avaliação das políticas e estratégias definidas**, como seja, por exemplo, a constituição de Unidades Locais de Saúde, a criação de Centros Hospitalares, alterações à política de medicamentos, maior autonomia dos hospitais, criação de USF e de ACES, entre outros.

Esta avaliação de políticas deveria fazer parte das responsabilidades de um organismo. Esta dinâmica permitiria não só ter uma avaliação atempada das políticas como também criar informação que possa suportar a tomada de decisão. Para o conseguir é essencial criar uma infra-estrutura local, regional e nacional de gestão da informação que facilite estes processos, sob pena de serem realizados de forma *ad-hoc*, por modelos de aproximação, normalmente tardios e não replicáveis de área para área.

iii. **Criar base de indicadores e *benchmark* que promovam qualidade e eficiência:** Actualmente todos os prestadores de cuidados de saúde inseridos no SNS, produzem informação operacional de custos, qualidade, eficácia e eficiência que pode ser comparada, criando uma base de informação para *benchmark*. Este processo facilitaria o actual acompanhamento que é efectuado pela ACSS e pelas ARS no que diz respeito ao desempenho das unidades de saúde.

Ao nível hospitalar, a informação disponível nos planos de desempenho, nos indicadores de qualidade reportados, na informação de capacidade, na informação de produção e de custos, permite desde já construir um conjunto de indicadores para comparar a performance entre hospitais e incentivar a melhoria contínua, com os impactos óbvios que este processo teria na qualidade e na eficiência. Será pois importante desenvolver de forma complementar bases de dados relacionadas com a sistematização do conhecimento, que consubstanciem quer as boas práticas de gestão, quer as boas práticas clínicas.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, também já é registado um conjunto de informação que permite controlar a produção e, acima de tudo, alguns resultados no tratamento de doenças tipicamente do foro crónico. Esta informação pode ser comparada entre centros de saúde e USF, criando uma dinâmica de melhoria, promovida ao nível dos ACES e das ARS.

Ao nível hospitalar, a informação disponível (...) permite desde já construir um conjunto de indicadores para comparar a performance entre hospitais e incentivar a melhoria contínua.

Adicionalmente, seria importante desenvolver informação que permita avaliar e gerir a integração de cuidados, comparando resultados e custos obtidos, promovendo, tal como já aqui defendido anteriormente, a transferência de cuidados do meio hospitalar para os cuidados de saúde primários.

Finalmente, esta informação deve ser consolidada ao nível das ARS e a nível nacional, perspectivando a comparabilidade entre estas e a geração de informação de suporte à estratégia.

Implementar medidas conducentes à alteração da cultura e capacidades de gestão do sector

Nos últimos anos, têm vido a ser criados modelos de prestação de cuidados que visam melhorar as capacidades de gestão do SNS, como seja os hospitais EPE, as USF e os ACES. Adicionalmente, foi também já testado em piloto um modelo de avaliação dos Conselhos de Administração, foi implementado em alguns organismos o QUAR e o SIADAP, havendo ainda um acompanhamento do desempenho que cria pressão sobre a gestão. Os resultados que é possível obter por esta via (à excepção da avaliação dos Conselhos de Administração, por ser uma medida não concretizada no terreno), já se encontram em grande medida esgotados.

É preciso criar novos modelos de gestão e responsabilidades que podem e devem ser inspirados na gestão privada, para criar uma dinâmica de melhoria contínua e busca da excelência para a qual não existe ainda um real incentivo.

Algumas das medidas que deverão ser estudadas e implementadas são:

i. Criar uma cultura de compromisso e de afiliação das pessoas com a organização em que trabalham, conseguindo um alinhamento para um fim comum. Este processo implica um caminho mais ou menos longo, com o necessário compromisso da gestão de topo e da gestão intermédia. Não o considerar como importante, é o primeiro passo para que não aconteça. Assim, deve ser colocado na agenda da gestão, alinhando um conjunto de mecanismos que podem promover a sua implementação: a comunicação interna e externa, a divulgação de casos de sucesso, a avaliação de desempenho, a remuneração alinhada com o desempenho, a gestão da carreira, entre outros possíveis.

ii. Desenvolver, nos prestadores públicos de cuidados de saúde, um modelo de avaliação das pessoas (todas as funções como seja, médicos, enfermeiros, gestores, assistentes operacionais), que esteja alinhado com a estratégia e os objectivos que as organizações querem obter e que indique os comportamentos e resultados esperados.

iii. Este modelo deve ter consequências, não apenas na progressão da carreira, mas também na remuneração, criando uma dinâmica de melhoria e incentivando os comportamentos desejados. Os parâmetros de avaliação devem ser quantitativos e orientados a resultados, mas também promover a partilha de informação e o trabalho colaborativo.

iv. Implementar a avaliação dos Conselhos de Administração dos organismos do MS, de forma simples e transparente, em alinhamento com os objectivos definidos para cada organização. Esta avaliação deverá posteriormente ter consequências. Neste processo é fundamental não esquecer que os gestores só podem ser avaliados por aquilo em que podem intervir e influenciar. Factores exógenos fora do seu controlo não devem ser alvo de avaliação. Um exemplo, pode ser o caso de um Conselho de Administração de um hospital que entende que há serviços que não devia prestar directamente por não ser competitivo nem em qualidade, nem em custo. Neste caso, ele terá que ter a capacidade de decidir não fazer, ou então os maus resultados dessa área não devem ser alvo da sua avaliação.

Desenvolver os recursos humanos a longo prazo
A mudança que é necessário efectuar no SNS, implica não só uma alteração cultural, mas também dotar o SNS das políticas e mecanismos que permitam facilitar essa mudança. Sem alterar a cultura dificilmente será possível evoluir o SNS para um patamar superior de qualidade e sustentabilidade. Desenvolver uma estratégia de longo prazo neste domínio é essencial, articulando a visão sobre as necessidades futuras (especialidades e competências técnicas e funcionais) com a formação, garantindo uma oferta de profissionais de saúde alinhada com as necessidades previstas. Esta estratégia deverá focar-se nos seguintes aspectos:

i. Implementar um modelo de competências funcionais e comportamentais que sirva de orientação para a formação e para a evolução na carreira.

ii. Implementar planos de formação, nas várias competências necessárias, e que sejam executados interna ou externamente, consoante as necessidades. Actualmente, a formação é efectuada de forma *ad-hoc*, e mais a pedido dos profissionais do que inserida numa estratégia de desenvolvimento de competências.

iii. Atribuir responsabilidades pela preparação destes modelos e planos e pela criação de uma infra-estrutura que dinamize este processo e suporte os profissionais e organizações no seu desenvolvimento.

iv. Implementar um modelo de progressão na carreira, baseado no mérito e que inclua não apenas as competências técnicas, mas também competências funcionais, de gestão e de liderança.

v. Efectuar um planeamento de longo prazo de profissionais de saúde, principalmente médicos, articulando as previsíveis necessidades na saúde com a formação pré e pós-graduada, de forma a obter uma melhor adequação entre a oferta e a procura, evitando problemas como os actuais em que a reforma de médicos não é compensada pelos novos médicos, existindo ainda alguma desadequação das especialidades.

Figura 44 – NHS Institute for Innovation and Improvement[80]

O NHS criou o Institute for Innovation and Improvement, que tem a responsabilidade pelo desenvolvimento das competências dos profissionais do NHS, entre outras funções. Neste contexto, foi desenvolvida uma estratégia de longo prazo, com o objectivo de aumentar a oferta de profissionais de saúde e utilizar as suas capacidades criativas, aspectos que têm sido fundamentais para o processo de transformação desejado. Neste âmbito foi desenvolvido uma *framework* de *"Skills-for-Health"* que analisa as competências nucleares para algumas actividades e cria oportunidades para a utilização de pessoal profissional menos sobrecarregado, como fisioterapeutas e dietistas. O Instituto foi criado para suportar os profissionais da linha da frente do NHS fornecendo formação e práticas de inovação.

[80] Traduzido do *website* do NHS Institute for Innovation and Improvement

Implementar sistemas e tecnologias de informação

A evolução tecnológica dos últimos anos potencia a consolidação e a partilha de informação, entre organizações e pessoas, a um nível nunca antes verificado. Grande parte das organizações, públicas e privadas, possuem hoje vários sistemas de informação que suportam os seus processos clínicos, administrativos e de gestão.

Existe, no entanto, um caminho ainda a percorrer para tornar estes sistemas úteis de um ponto de vista sistémico e, ainda, uma lacuna grande nos sistemas de gestão.

Perspectivar os sistemas de informação no SNS, implica definir uma estratégia de informação prévia que permita desenvolver sistemas interoperáveis garantindo a produção de informação atempada, relevante e coerente. É ainda fundamental ter em consideração as várias funções que é necessário assegurar, como seja, a de prestador, a de pagador, a de accionista e a de regulador, entre outras, determinando investimentos em sistemas de informação clínicos, de gestão das organizações, de gestão central/regional pelo accionista, e de gestão central/regional pelo pagador.

Assim, perspectivamos os seguintes desafios neste domínio:

i. **Desenvolver e/ou evoluir os sistemas de informação clínicos**, nomeadamente processo clínico electrónico, prescrição electrónica, registo de saúde electrónico e investigação clínica.

   O desenvolvimento dos sistemas de processo clínico deve ser realizado numa perspectiva local, regional e nacional. A nível local o principal objectivo deverá ser a melhoria da gestão da informação clínica e a agilização dos processos clínicos com mais e melhor informação, com as consequentes reduções de custos. Actualmente, a maior parte dos centros de saúde e USF tem uma aplicação clínica[81].

   Os hospitais têm, normalmente, aplicações diversas que gerem de forma vertical algumas especialidades e técnicas, informação residente nos sistemas de registo de produção que permitem associar actos a episódios, mas não têm ainda uma visão integrada do doente. Para acelerar o desenvolvimento do processo clínico é necessário endereçar alguns aspectos fundamentais.

Figura 45 – Aspectos fundamentais no desenvolvimento do processo clínico

- Normalizar e standardizar conceitos, que facilitem a interoperabilidade com outros sistemas, potenciando a partilha de informação;
- Acautelar a privacidade e a segurança dos sistemas e da informação;
- Integrar a informação para que seja facilmente partilhada e consultada. Por exemplo, nos hospitais que tenham muitas aplicações locais, há que decidir entre duas estratégias: a sua substituição por sistemas de processo clínico transversal ou o desenvolvimento de uma camada integradora da informação que permita ter uma visão única do processo clínico e das doenças de um cidadão, facilitando o processo de gestão e de decisão;
- Promover a necessária mudança cultural, para a qual deve também contribuir a ergonomia dos sistemas desenvolvidos, para que a tecnologia não passe a ser um factor negativo na relação médico-doente.

   Os sistemas de processo clínico devem permitir a recolha de informação útil para a investigação clínica e para a monitorização e a avaliação de resultados, consolidando informação que permita promover a partilha de informação entre clínicos e o estudo de casos, criando bases para ajustar as terapêuticas efectuadas em cada momento num determinado local. A tecnologia existente actualmente já não é uma limitação à partilha de informação, que pode ser sintetizada e disponibilizada em diversos canais.

   Estes sistemas de processo clínico serão os principais fornecedores de informação para o

[81] À data de emissão deste estudo, está a decorrer um concurso público internacional para a substituição do sistema de cuidados de saúde primários.

Registo de Saúde Electrónico (RSE)[82], o qual deverá permitir a partilha nacional e regional de alguma da informação residente nesses sistemas (públicos e privados), que funcione, por um lado, como um resumo clínico dos cidadãos, mas que permita aceder a informação mais detalhada aquando do tratamento e avaliação de uma doença específica.

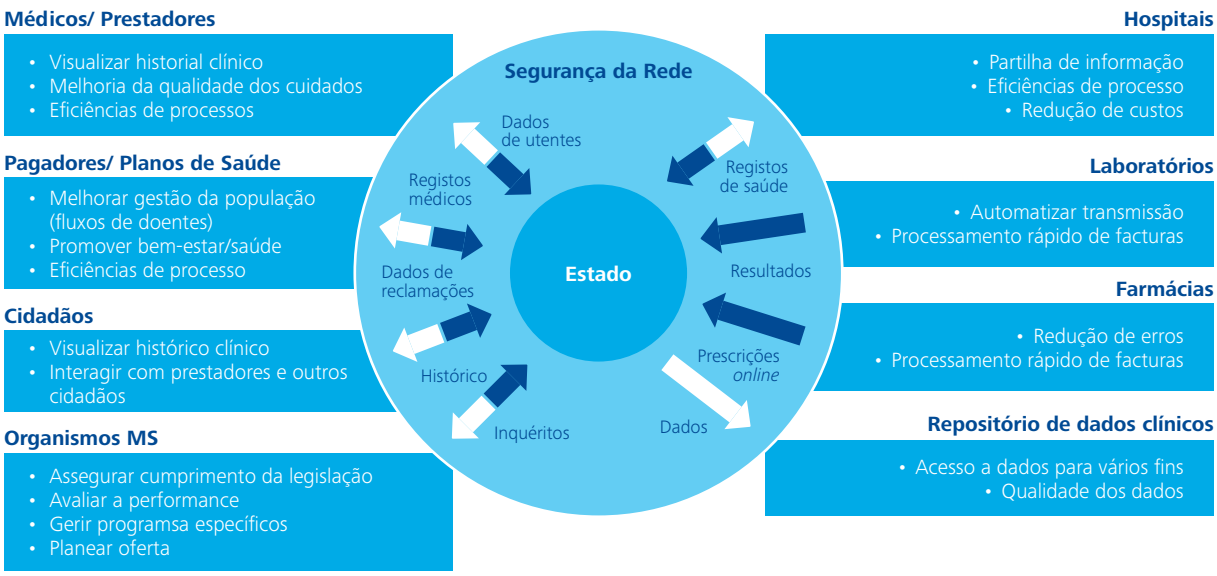
Este registo pode ter um papel fundamental na melhor organização dos cuidados e também na criação dos meios necessários para prestar cuidados de proximidade de forma integrada. Por exemplo, uma pessoa com cancro pode ser diagnosticada e pode ser-lhe definido um plano terapêutico num hospital de referência, sendo a terapêutica executada na sua comunidade, com o devido acompanhamento do hospital de referência, permitindo uma maior conveniência e uma redução superior de custos de transporte e de encargos sociais e económicos.

O Registo de Saúde Electrónico deverá agregar informação dos prestadores, mas também permitir a interacção com o cidadão, para que este possa autonomamente interagir com o sistema criando a sua própria informação, como seja exames e resultados clínicos de prestadores não incluídos no RSE, ou informação da gestão da doença e de monitorização realizada no domicílio (por exemplo, controlo de parâmetros na diabetes, nas doenças cardiovasculares, entre outros). Esta opção, numa primeira fase, será exercida apenas por parte da população, mas tem um elevado potencial de desenvolvimento à medida que a população vai cada vez mais utilizando as novas tecnologias. O envolvimento das pessoas é estruturante para garantir a disseminação e verdadeira utilização de uma solução desta natureza.

No âmbito do RSE deverá ainda ser equacionada a partilha de informação de diagnóstico, nomeadamente imagens e parâmetros de monitorização química e biológica.

Uma medida que poderia ter um enorme impacto na redução de custos, passa pelo desenvolvimento de um/ou mais bancos de imagens que poderão estar residentes numa *cloud* da saúde (nacional ou regional) e acessíveis a quem deles precisasse. Este processo, que já existe em algumas organizações com significativas poupanças de custos de infra-estrutura, seria passível de implementação sem que os prestadores tivessem todos que investir neste domínio.

Figura 46 – Modelo de partilha de informação clínica



[82] Projecto já iniciado pelo Ministério da Saúde, em fase de concepção.

Adicionalmente deverá ser desenvolvida a prescrição electrónica, não apenas como uma forma de transcrição electrónica de prescrições (já implementada em grande parte dos prestadores), mas como um processo integrado de partilha da informação de prescrição entre prescritores, prestadores e a entidade responsável pela conferência de facturas. Na prescrição electrónica de medicamentos, reduzir-se-ia o risco de eventos adversos, pois o sistema poderá disponibilizar alertas de inter-ocorrências entre medicamentos, quer no momento da prescrição quer da prestação. Adicionalmente, este sistema reduzirá significativamente os custos inerentes ao esforço de conferência de facturas e potenciará um maior controlo da fraude.

Melhorar os sistemas de gestão nos prestadores, potenciando ganhos de eficiência processual e criando informação de gestão que permita agir em vez de reagir.

ii. **Melhorar os sistemas de gestão nos prestadores**, potenciando ganhos de eficiência processual e criando informação de gestão que permita agir em vez de reagir. Actualmente, existe uma grande desigualdade entre prestadores e também dentro de cada prestador ao nível dos sistemas de informação de gestão.

Nos hospitais, a principal aposta tem sido na gestão logística pelo risco e elevados custos que acarreta. Nos ACES, criados recentemente, ainda não foi no geral possível consolidar os sistemas de informação de gestão à sua disposição. Também nas ARS existe ainda um caminho a percorrer no que diz respeito a estes sistemas.
O desafio de melhoria centra-se a três níveis:

- Na implementação de sistemas de gestão financeira e de custeio;
- Na implementação de sistemas de gestão de processos e documental, suporte fundamental para a agilização dos processos de cariz clínico e administrativo;
- Na implementação de sistemas de gestão de recursos humanos, criando sistemas flexíveis, que permitam não só processar salários, mas acima de tudo, efectuar a gestão dos recursos humanos, produzir informação fiável que permita "alimentar" um registo nacional de profissionais e um maior rigor na contabilidade de custos.

iii. **Melhorar os sistemas de informação regional e nacional** que permitam ao Estado realizar a sua função de accionista. Nesta área identificamos principalmente os sistemas de monitorização e de informação de gestão que permitam em cada momento:

- Ter uma visão integrada do orçamento e dos custos da saúde do SNS, das ARS, ACES, Hospitais SPA ou Hospitais EPE[83].
- Evoluir o sistema de monitorização do desempenho dos hospitais, passando a incluir informação de produção, de custos e de qualidade, criando uma base que permita uma acção atempada em caso de desvios significativos. Este sistema não elimina a necessidade de existir um processo de acompanhamento e de reporte.
- Desenvolver um sistema que consolide a informação relativa à capacidade instalada nos prestadores que gere. Esta é a base de informação essencial para tomar decisões de investimento futuras e definir a arquitectura da sua rede de prestação de cuidados.

[83] A ACSS já iniciou a implementação de um sistema de consolidação de contas do SNS. Importa agora implementar a mudança ao nível dos prestadores, garantindo um registo adequado das transacções inter instituições, melhorando os interfaces e a automatização deste sistema

- Como accionista, o Estado poderá desenvolver um sistema único de facturação que reduzisse o esforço que os hospitais têm actualmente neste processo e uniformizasse as regras e processos.

iv. **Melhorar os sistemas de informação regional e nacional que permitam ao Estado realizar a sua função de pagador/contratualizador.**

As principais acções a desenvolver neste domínio, são:

- Desenvolver um sistema de informação que consolide a informação epidemiológica da população, com vista a um melhor planeamento da compra de cuidados;

- Evoluir o sistema que gere a contratualização, permitindo não só a contratualização com os hospitais, mas também com os cuidados de saúde primários e com as entidades convencionadas;

- Este sistema deverá incluir todas as tabelas de preços das entidades às quais se quer contratar serviços, servindo de base à conferência de facturas, actualmente em outsourcing para as facturas dos convencionados;

- O sistema deverá ainda ter funcionalidades que permitam agilizar o processo de conferência das facturas dos hospitais do SNS;

- Implementar sistemas de controlo de fraude, com maior potencial de benefício imediato no controlo de custos com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, mas que a prazo deverá ser mais transversal abarcando também os processos financeiros e a logística, entre outros.

- Criar um sistema de informação de gestão que permita efectuar a gestão da rede e a monitorização da utilização de serviços.

v. **Potenciar os serviços baseados na Web e à distância**, tirando partido das tecnologias disponíveis e tornando os cuidados mais acessíveis à população. Estas infra-estruturas permitem potenciar em particular a gestão integrada da doença, criando e dinamizando grupos de partilha de informação, interacções com clínicos, disponibilização de informação de prevenção primária e secundária da doença, partilha de informação de monitorização entre médicos e doentes, entre outras funcionalidades possíveis.

Criar uma equipa e recursos para acompanhar a transformação do sector

A implementação de um verdadeiro processo evolutivo no SNS necessita de investimento e compromisso dos líderes políticos, dos diferentes organismos e de promotores da mudança que ajudem a "fazer acontecer". As acções que é necessário desenvolver são, em geral, amplamente conhecidas.

Um programa transversal com um conjunto de entidades pioneiras que pudesse ser replicado nos vários prestadores de cuidados de saúde, seria mais custo-efectivo e com menos esforço individual, do que um modelo em que cada organismo tenta minimizar as suas ineficiências.

O que normalmente acontece, traduz-se em iniciativas pontuais em que cada necessidade é tratada de forma isolada, sem uma perspectiva global, que não permite retirar todos os benefícios possíveis. Para obter ganhos a médio e longo prazo, é necessário criar uma dinâmica de mudança, alocando os recursos necessários.

As alturas de crise, como a que vivemos actualmente, são óptimos momentos para romper com práticas passadas, pelo que o Ministério da Saúde deveria identificar os projectos críticos de modernização e transformação que necessita de desenvolver e alocar pessoas e recursos de forma dedicada a essas iniciativas. Estas responsabilidades podem ser atribuídas centralmente numa perspectiva de gestão de programas e em cada Organismo, em que seja relevante, um conjunto de pessoas dinamizadoras e promotoras dessa mudança. Estas pessoas precisam de ter tempo para que em exclusivo se possam dedicar a estas acções, caso contrário estas não acontecerão.

Um exemplo é o caso da premente necessidade de reduzir custos na prestação de cuidados de saúde. Esta redução não é possível sem intervir sobre a organização dos cuidados e sobre a produtividade dos recursos, acções que necessitam de uma elevada colaboração inter-institucional, recursos dedicados para implementar essa mudança e algum investimento, nomeadamente tecnológico. Um programa transversal com um conjunto de entidades pioneiras que pudesse ser replicado nos vários prestadores de cuidados de saúde, seria mais custo-efectivo e com menos esforço individual, do que um modelo em que cada organismo tenta minimizar as suas ineficiências. Este facto é agravado pela falta de pessoas com disponibilidade para se dedicar a este processo, caindo-se facilmente nas soluções óbvias com resultados apenas no curto prazo.

Desafio: Optimizar a Gestão do Medicamento

Análise de Rui Santos Ivo

O final da primeira década do século XXI é um momento oportuno para uma reflexão sobre qualquer questão, mas muito particularmente sobre a Saúde, pelo impacto que esta tem na vida das pessoas e na Sociedade, e tendo em conta os problemas e desafios existentes, a que se junta um contexto muito complexo de crise financeira e económica que tende a evoluir para uma crise de maiores repercussões sociais.
Este cenário, conjugado com os inúmeros desafios colocados à Saúde em Portugal, seja em termos da sua governação, seja em termos do acesso das populações aos cuidados de saúde, seja, ainda, em termos de sustentabilidade do sistema de saúde, tornam particularmente exigente olhar para a gestão do medicamento e a melhoria da sua utilização e acesso.
E a primeira referência que me ocorre tem a ver com os resultados amplamente positivos evidenciados pelo sistema de saúde português, em particular do Serviço Nacional de Saúde, quando olhado comparativamente a nível internacional. Os nossos indicadores evoluíram extraordinariamente nas últimas décadas, como o refere este Estudo, sendo que ao medicamento se deve uma boa parte desses resultados. Apenas para citar um exemplo recente: se pensarmos nos efeitos devastadores da SIDA na última década do século passado e na situação no final desta, temos aí uma evidência clara do contributo inquestionável que o medicamento trouxe à sobrevivência e qualidade de vida de quantos se viram afectados por tal patologia, que de fatal passou a crónica. É claro que tais resultados tiveram e têm custos importantes para o sistema de saúde e para a sociedade, claramente compensados pelos ganhos alcançados e pelos custos sociais evitados. Este exemplo ilustra bem o que tem marcado a gestão do medicamento nos últimos anos: como garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e o financiamento da Saúde. Efectivamente, importa definir quais as melhores opções a tomar para que o sistema mantenha as suas características matriciais de equidade e eficiência e continue a proporcionar ganhos em Saúde.

Como bem refere o Estudo, a área do medicamento tem sido o alvo mais frequente na redução de custos do SNS, sobretudo através de medidas administrativas de redução de preços aplicadas de forma generalizada. Isto, apesar da taxa de crescimento dos custos com o medicamento ter sido bastante inferior à taxa de crescimento com a Saúde em geral, conforme o revelam os dados publicados pela OCDE em 2010. E este é um ponto crucial, geralmente ignorado e afastado das discussões, privilegiando-se o facto de o medicamento representar mais de 20% da despesa em Saúde. Enquanto parcela, é significativa, mas descura as restantes que representam os quase 80% da despesa em Saúde e que, paradoxalmente, crescem mais que o medicamento, provavelmente por insuficiência de acções de regulação ou gestão.

Mas, sem dúvida que a gestão na área do medicamento pode e deve ser optimizada, reconhecendo, como este estudo faz, que se trata de uma área complexa, dadas as suas múltiplas implicações e vertentes. Dessa multiplicidade de vectores resulta também o seu valor, quer para a Saúde, quer para a Sociedade. E esquecê-lo é, desde logo, trilhar um caminho errado em termos de políticas ou gestão do medicamento. Este deve ser olhado de forma integrada enquanto parte do sistema de saúde, quer pelos ganhos que proporciona, quer enquanto factor de desenvolvimento social e económico. Para isso mesmo alerta a denominada Carta de Tallinn, aprovada pela OMS em 2008 e subscrita também pelo Governo português, ao referir que os gastos em saúde devem ser perspectivados como investimento.Ora, a questão central na gestão do medicamento reside na melhor forma de olhar para a sustentabilidade e para a gestão dos custos que origina – à semelhança, aliás, de outros bens ou serviços de saúde.

A última década beneficiou de algumas reformas estruturais, como a política de medicamentos genéricos, o sistema de preços de referência e o novo regime de preços dos medicamentos – este sem ter sido aplicado na totalidade, por ter continuado limitado a reduções de preço no momento em que entraria plenamente em vigor (em 2010). Mas ficará marcada pela intensificação das medidas de carácter administrativo, com a sucessão vertiginosa, desde 2005, de reduções no preço dos medicamentos, culminando em 2010 com várias reduções num só ano. Também as discussões recorrentes sobre a introdução da dispensa em unidose e a generalização da prescrição por DCI, referidas como pretensas soluções de redução da despesa com medicamentos têm levado o Governo e a Assembleia da República a desviarem-se das questões essenciais. Efectivamente, o medicamento não pode ser o alvo fácil para reduzir custos e a sua gestão não deve assentar

na tomada de medidas administrativas "cegas" que, tendo apenas um efeito de curto prazo levam a um círculo vicioso que exigirá sempre novas medidas do mesmo tipo. É, portanto, necessário priorizar alterações cujos efeitos possam ser mais duradouros e também mais equilibrados para todos os agentes do sistema, garantindo estabilidade e previsibilidade; o contrário terá um forte impacto negativo noutras vertentes da política do medicamento, nomeadamente, na promoção de actividades tão importantes para a criação da necessária riqueza, como a investigação, a produção e desenvolvimento, a internacionalização e exportação farmacêutica, o investimento em parcerias multissectoriais.

Portanto, os desafios dos próximos anos devem passar pela adopção de uma política integrada para o medicamento, posicionando-o nas suas múltiplas vertentes, de Saúde, sociais e económicas, focada na definição de orientações estratégicas do seu financiamento, visando a incorporação dos medicamentos inovadores, e da sua utilização, em termos de prescrição, dispensa e acesso, com acções orientadas para a adesão à terapêutica e o desenvolvimento de normas terapêuticas de forma rigorosamente participada por todos os interessados e com responsabilidades na matéria, merecendo particular atenção o papel que deve caber aos doentes.
Afigura-se-me essencial recentrar o modelo de financiamento, revendo o actual Sistema de Comparticipação (tanto o ambulatório como o hospitalar) e integrando os instrumentos de avaliação fármaco-económica aplicados ao longo da década, numa perspectiva de proporcionar indicadores de efectividade para a sua utilização seja no âmbito do Orçamento do SNS, seja noutro qualquer contexto.
As recentes reformas introduzidas no Reino Unido, privilegiando um regime de preços direccionado para o valor do medicamento e uma avaliação de tecnologias de saúde instrumental da gestão dos prestadores, poderão ser boas bases para ajudar a responder aos desafios que se colocam.

Sabemos que para este fim será essencial alocar os meios técnicos e humanos necessários à avaliação das tecnologias de saúde – e aqui creio como mais adequado reformar estas áreas no âmbito do INFARMED, dada a boa base de experiência e vocação reguladora que o posiciona para se reorientar nesta linha, a par da sua função reguladora de avaliação e supervisão da entrada e da comercialização dos medicamentos e produtos de saúde. Complementarmente, será fundamental criar instrumentos de recolha e tratamento de informação, nomeadamente de natureza farmaco-epidemiológica, que permita sustentar a avaliação da efectividade dos medicamentos, bem como adoptar e potenciar instrumentos já existentes, sobretudo em termos de real partilha de risco entre o financiador, prestador e fornecedor de tecnologia. O Plano Nacional de Saúde pode também dar um contributo positivo, mas, para escapar a tornar-se um exercício quase académico, deve tornar-se um meio articulado com a aplicação das medidas e das políticas.

O medicamento deverá ser encarado na perspectiva da solução, tendo por base a evidência disponível sobre os seus impactos na saúde e o mérito da evolução da Regulação do Medicamento em Portugal.
Os principais desafios, já em boa parte referidos nas recomendações do estudo, implicam a adopção de uma perspectiva mais estratégica e estruturante, que centre o medicamento enquanto tecnologia de saúde, não como fim em si, mas como meio para atingir ganhos em saúde. Tal orientação requer políticas mais amplas e não exclusivamente focadas na lógica redutora do controlo de custos e da disponibilidade orçamental (ou na sua falta), promovendo uma abordagem integrada e que privilegie uma avaliação responsável, transparente e rigorosa do valor do medicamento, seja em termos terapêuticos, seja em termos económicos, desenvolvendo modelos de contratualização de encargos na área do medicamento que assegurem de forma mais duradoura a sustentabilidade financeira do próprio SNS.

Por fim, não tenho dúvida em subscrever tanto a Drª Maria de Belém Roseira, no prefácio, como o Prof. Constantino Sakellarides, autor do livro "Novo Contrato Social da Saúde – Incluir as Pessoas", sobre a necessidade de uma acção concertada, que envolva todos, que rompa com as práticas de medidas avulsas, e que use a crise como oportunidade de mudança.

Rui Santos Ivo
APIFARMA - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica e Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Desafio: Optimizar a gestão do medicamento

A actuação no domínio do medicamento é complexa pelas suas múltiplas implicações, não só no sector da saúde, mas também na economia em geral, com interesses divergentes. Portugal tem vindo a executar diversas medidas, similares às de outros países da União Europeia e da OCDE, para controlar os custos com medicamentos, destacando-se o processo de atribuição de preço com referência aos preços de um grupo de países, a existência de preços de referência para efeitos de comparticipação, a possibilidade da substituição de medicamentos de marca por genéricos ou a prescrição electrónica.

Existem duas formas de controlar os custos com os medicamentos: actuando sobre o preço ou sobre o consumo. Nos últimos anos, em Portugal, tem existido um esforço significativo de controlo sobre o preço (i.e. negociações a nível hospitalar, processo de comparticipação de medicamentos hospitalares, descidas administrativas de preço), havendo maior margem de progressão sobre o consumo, mais difícil, por implicar modificações comportamentais, mas necessária face à comparação com alguns países europeus e até à heterogeneidade desse consumo em Portugal[84]. A título de exemplo, apresentamos dois grupos de medicamentos em que o consumo de Portugal é superior à maior parte dos países.

Figura 47 – Consumo de ansiolíticos – DDD/1.000 habitantes/dia[85]

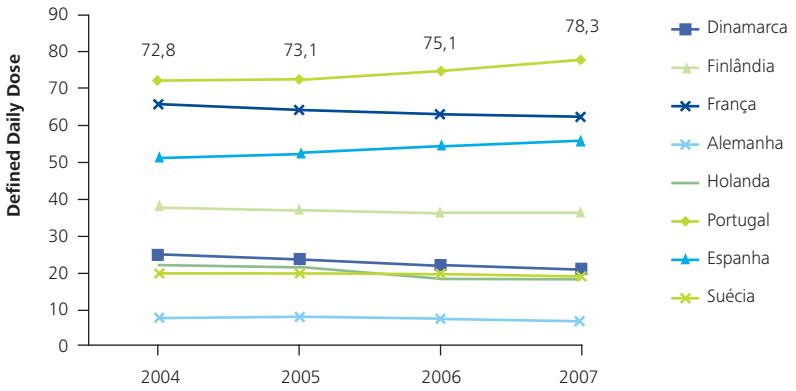
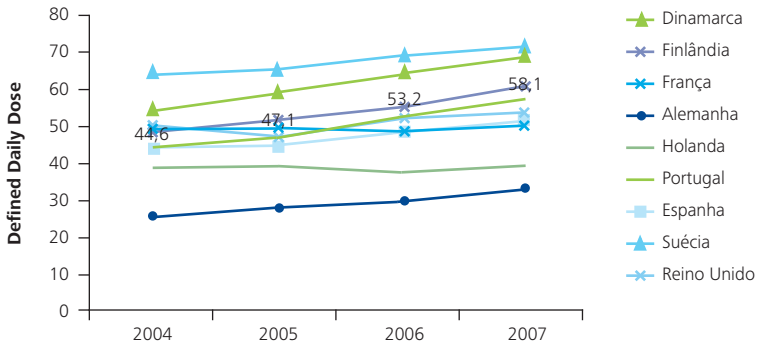


Figura 48 – Consumo de ansiolíticos – DDD/1.000 habitantes/dia[86]



[84] De acordo com o Relatório Primavera de 2009 o consumo de anti-depressivos (DDD/hab./dia) tem vindo a crescer nos últimos anos (38,2% entre 2002 e 2006), com destaque para o Alentejo. Em 2006, observam-se fortes variações geográficas de DDD/hab./dia (valor máximo: Castelo de Vide 163; valor mínimo: Miranda do Douro 23,3). Adicionalmente, os idosos poli-medicados tomam, em média, 7,3 medicamentos.

[85] OECD Health Data 2009

[86] OECD Health Data 2009

Algumas das medidas que poderão ser tomadas neste domínio são:

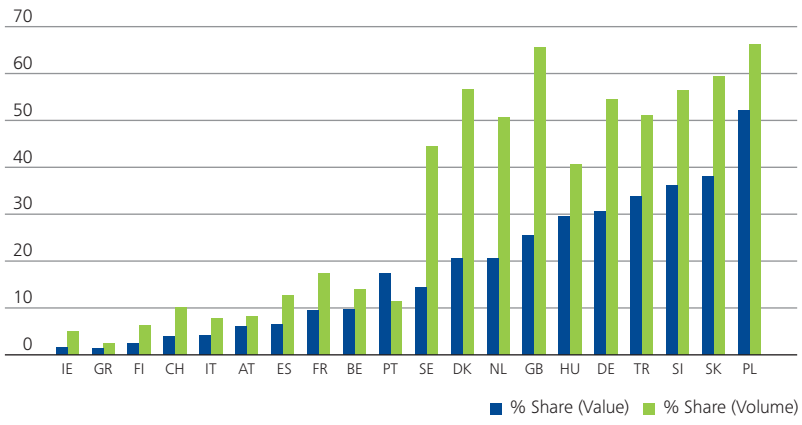
a) Liberalizar os preços no mercado de genéricos, mantendo como referência um PVP máximo, de forma a reduzir mais os preços dos genéricos através de um aumento da concorrência nesta área. O recente Decreto Lei 106-A/2010 de 1 de Outubro, tenta incentivar a concorrência através da atribuição de uma comparticipação a 95% para os cidadãos do regime especial nos medicamentos cujo PVP seja igual ou inferior ao quinto preço mais baixo num determinado grupo terapêutico. Esta medida poderá criar alguma concorrência por preço nos genéricos, mas o seu sucesso dependerá em grande medida da capacidades dos cidadãos influenciarem a prescrição ou dos farmacêuticos efectuarem a sua substituição por um destes medicamentos. Pensamos que, para efectivar uma real concorrência nos genéricos, será necessário obrigar as farmácias, nos casos em que a substituição foi autorizada pelo médico, a fornecer o genérico com o preço mais baixo (à semalhança do que fizeram outros países, nomeadamente a Suécia, com algum sucesso[87]), evitando a situação actual, em que os preços dos genéricos se aproximam muito do preço de referência, pela inexistência de um mecanismo eficaz que promova a redução de preços.

   Conforme se pode observar no gráfico abaixo, Portugal é o único país com uma quota de mercado de genéricos em valor superior à quota de mercado de genéricos em quantidade, quando os países que obtiveram um nível de eficiência significativo com os genéricos têm uma situação inversa, como seja o caso do Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Suécia.

   Parte das poupanças libertadas poderiam ser aplicadas na comparticipação de medicamentos inovadores que demonstrem elevado custo-efectividade, mantendo algum controlo sobre o custo global da despesa com medicamentos.

b) Promover a partilha de risco e a avaliação dos resultados efectivos dos medicamentos, particularmente nas doenças que consomem muitos recursos à sociedade, como seja o cancro, o sida, as doenças cardiovasculares, entre outras. Esta medida pode ser implementada no mercado de ambulatório, com acordos efectuados com o Infarmed, ou no mercado hospitalar. Esta dinâmica permitiria um melhor ajustamento dos preços ao valor real do benefício gerado, quando comparado com outras alternativas terapêuticas. Nos casos em que não houvesse esta demonstração, o preço deveria ser, no mínimo, o da alternativa terapêutica já disponível no mercado.

Figura 49 – Quota de mercado dos medicamentos genéricos na Europa[88]



[87] Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market, OECD, 2008
[88] EGA: Market Review 2006

Eventualmente, poder-se-ia considerar um valor mais baixo, incentivando alguma concorrência pelo preço.

c) Controlar a utilização de medicamentos, agindo sobre a prescrição. É importante dar seguimento ao desenvolvimento de guidelines terapêuticos no mercado hospitalar e de ambulatório, os quais devem estar facilmente acessíveis para utilização pelos médicos prescritores. Associado a esta medida, deverão ser criados alguns incentivos financeiros que ajudem à sua implementação[89].

d) Melhorar a utilização de medicamentos, agindo sobre a adesão terapêutica. Um estudo efectuado para a Apifarma, pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, refere como as principais causas da não adesão, os factores económicos, o esquecimento, o sentir-se melhor ou os efeitos secundários dos medicamentos.

   Promover a adesão terapêutica é essencial quer por motivos de saúde pública, quer por motivos de custos. Algumas das medidas para obter melhor adesão terapêutica passam por:

   - Um maior acompanhamento dos doentes pelo médico e/ou pelas equipas de cuidados domiciliários e comunitários;
   - Melhor informação, mais fácil de assimilar por pessoas idosas e muitas vezes com baixa literacia;
   - Meios de comunicação e contacto com os profissionais de saúde, que permitam obter esclarecimentos relativamente à prescrição ou a efeitos secundários;
   - Selecção de medicamentos e terapêuticas que se possam adequar às capacidades financeiras dos doentes.

e) Acelerar os processos de comparticipação no Infarmed e dotá-los de maior transparência com declaração de interesses de peritos, informação actualizada, abertura de negociação presencial, com maior participação da indústria e da Sociedade Civil (representada pelo parlamento e/ou por associações de doentes). Esta melhoria criaria uma maior eficiência no sistema, facilitando a colaboração entre as diversas entidades, com benefícios significativos.

f) Criar informação útil sobre orientações terapêuticas desenvolvida para os cidadãos, que permita dotá-los de melhor conhecimento para decidir, à semelhança do que já é feito noutros países . Trata-se de um processo essencial para, gradualmente, ir capacitando os cidadãos a participarem nas decisões, sendo esta capacitação um aspecto fundamental para o futuro dos sistemas de saúde, criando menos assimetria de informação e cidadãos mais responsáveis.

g) Implementar sistemas de controlo da contrafacção, em linha com a União Europeia, dado que este problema tem tendência a agravar-se.

h) Estudar a possível distribuição de medicamentos hospitalares de dispensa gratuita nas farmácias. Sendo uma medida prevista no acordo com a ANF e com impacto positivo na disponibilidade dos medicamentos para os cidadãos, é necessário ter em consideração os seguintes aspectos:

[89] Os *guidelines* terapêuticos têm surtido algum efeito, se acompanhados dos devidos incentivos financeiros (Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market, OCDE, página 94

- O impacto sobre o custo destes medicamentos, uma vez que as farmácias necessitarão de obter um rendimento sobre esta dispensa, enquanto a redução de custos nos hospitais poderá ser marginal;

- O impacto sobre o controlo da doença, uma vez que a disponibilização dos medicamentos nos hospitais pretende também ser, nalguns casos, uma garantia de acompanhamento dos doentes;

- O impacto sobre o preço, uma vez que estes medicamentos já são actualmente alvo de negociação entre a indústria farmacêutica e os hospitais;

- A análise por área terapêutica, uma vez que poderá ser mais viável nuns casos que noutros.

Conclusões

Conclusões

Nesta segunda edição do estudo do sector da saúde em Portugal pudemos concluir que, volvidos seis anos, se por um lado estão em marcha importantes reformas no sector e com bons resultados, por outro, alguns problemas mantêm-se, como sejam a insustentabilidade financeira do sistema, a falta de planeamento estratégico para o sector e os elevados níveis de ineficiência.

Os desafios que se colocam tornam-se ainda mais prementes num período de crise como o que Portugal atravessa. O sector da saúde deverá dar o seu contributo desenvolvendo as acções necessárias para garantir a sua sustentabilidade a prazo e um bom nível de cuidados à população. Esta mudança exige dos vários stakeholders uma actuação que vise mudanças estruturantes, mais do que medidas avulsas com efeitos de curto prazo.

As medidas estruturantes são frequentemente exigentes do ponto de vista da articulação entre intervenientes, da redefinição de funções das entidades, da avaliação e responsabilização pelas práticas de gestão e das mudanças culturais, o que em muito tem contribuído para o seu adiamento, face à indispensável determinação política necessária.

A título de exemplo, salientamos a imprescindível reorganização e regulação do sistema de saúde, em que a redefinição de papéis e funções entre as instituições do sector com vista à eliminação de duplicações traria ganhos óbvios, não só em termos de eficiência do sector como no foco de todos os agentes naquele que é afinal o objectivo último do sistema – a satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos. Salientamos ainda o necessário foco na continuação reorganização da oferta de cuidados, na maior alocação de recursos financeiros para a prevenção e para os cuidados de saúde primários, na revisão do modelo de financiamento das instituições e na responsabilização dos gestores como essenciais para combater a ineficiência e os problemas crónicos de insustentabilidade financeira.

Por último, gostaríamos de destacar o papel fundamental que o planeamento estratégico, baseado no conhecimento real das necessidades em saúde das populações, assume nesta mudança, pois sem ele as organizações tendem a seguir caminhos próprios e desarticulados, mais uma vez elevando os custos do sistema e agudizando a sua insustentabilidade.

Sem sistemas de informação clínica e de gestão, disponíveis de forma abrangente, será impossível fazer um bom planeamento estratégico.

Algumas das mudanças para o sector carecem de uma discussão alargada, que inclua também os cidadãos. Um sistema de saúde que dê tudo a todos não será sustentável a prazo. Devemos ter um sistema de saúde que a sociedade portuguesa possa pagar e que distribua os fundos de forma eficaz e eficiente. É necessário criar uma dinâmica de actuação na prevenção, na gestão de cuidados e na responsabilização do cidadão.

Anexo

Stakeholders

Reiteramos mais uma vez os nossos agradecimentos pelos valiosos contributos para este estudo:

Colaboração especial:

Adalberto Campos Fernandes
Fernando Leal da Costa
Pedro Pitta Barros
Rui Santos Ivo
Salvador de Mello

Entrevistados:

Adalberto Campos Fernandes
Alexandre Dinis
Álvaro Almeida
Ana Escoval
Ana Sofia Ferreira
António Alberto Rodrigues
António Correia de Campos
António Fernando Couto dos Santos
António Ferreira
António Melo Gouveia
António Oliveira Costa
António Pedro Lopes
António Serge Campinos
António Vaz Carneiro
Artur Vaz
Constantino Sakellarides
Cristina Bernardo
Elisabete Oliveira
Fernando Regateiro
Francisco Lino
Francisco Parente
Francisco Ramos
Graça Rosendo
Henrique Barros
Isabel Vaz
João Barrocas
João Manuel Almeida de Sousa
João Pena
João Semedo
Joaquim Cunha
Joaquim Simões
Jorge Soares
José Almeida Bastos
José Carlos Nascimento
José d'Almeida Gonçalves
José Espírito Santo
José Luís Biscaia
Lucindo Ormonde
Luís Campos
Luís Pisco
Luís Portela
Luísa Soares Branco
Manuel Delgado
Manuel Heitor
Manuel Pizarro
Manuel Sebastião
Manuel Teixeira
Maria Augusta de Sousa
Maria de Belém Roseira
Maria do Céu Machado
Mário Almeida
Mário Rui Ferreira
Odete Isabel
Óscar Gaspar
Paulo Barbosa
Paulo Lilaia
Pedro Esteves
Pedro Pita Barros
Pedrosa Vasco
Regina Bastos
Rosa Matos
Rui Ivo
Rui Lourenço
Rui Santos
Salvador de Mello
Teresa Caeiro
Vasco de Jesus Maria
Vítor Herdeiro

Para informações adicionais sobre o sector da saúde em Portugal contacte:

Filipe Simões de Almeida
Partner
+351 210 422 515
fialmeida@deloitte.pt

Margarida Bajanca
Associate Partner
+351 210 422 505
mbajanca@deloitte.pt

Sílvia Moreira
Manager
+351 210 423 817
simoreira@deloitte.pt

Contactos

Lisboa
Edifício Atrium Saldanha
Praça Duque de Saldanha, 1 - 7º
1050-094 Lisboa
Portugal

Tel: +(351) 210 422 500
Fax: +(351) 210 422 950

Porto
Bom Sucesso Trade Center
Praça do Bom Sucesso, 61 - 13º
4150-146 Porto
Portugal

Tel: +(351) 225 439 200
Fax: +(351) 225 439 650

Luanda
Edifício KN10
Rua Kwamme Nkrumah, 10 - 2º
LuandaAngola

Tel: +(244) 222 679 600
Fax: +(244) 222 679 690

"Deloitte" refere-se à Deloitte Touche Tohmatsu Limited, uma sociedade privada de responsabilidade limitada do Reino Unido, ou a uma ou mais entidades da sua rede de firmas membro, sendo cada uma delas uma entidade legal separada e independente. Para aceder à descrição detalhada da estrutura legal da Deloitte Touche Tohmatsu Limited e suas firmas membro consulte www.deloitte.com/pt/about.

A Deloitte presta serviços de auditoria, consultoria fiscal, consultoria, corporate finance a clientes nos mais diversos sectores de actividade. Com uma rede, globalmente ligada, de firmas membro, em mais de 150 países, a Deloitte combina competências de classe mundial com um conhecimento local profundo para ajudar os seus clientes a ter sucesso onde quer que operem. Os aproximadamente 170,000 profissionais da Deloitte empenham-se continuamente para serem o padrão da excelência.

Esta publicação apenas contém informação de carácter geral, pelo que não constitui aconselhamento ou prestação de serviços profissionais pela Deloitte Touche Tohmatsu Limited ou por qualquer das suas firmas membro, respectivas subsidiárias e participadas (a "Rede Deloitte"). Para a tomada de qualquer decisão ou acção que possa afectar o vosso património ou negócio devem consultar um profissional qualificado. Em conformidade, nenhuma entidade da Rede Deloitte é responsável por quaisquer danos ou perdas sofridos pelos resultados que advenham da tomada de decisões baseada nesta publicação.

© 2011 Deloitte Consultores, S.A.