



# FINANCIAMENTO FÓRMULA PARA O FUTURO

OUTUBRO 2018





## FINANCIAMENTO, FÓRMULA PARA O FUTURO

3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro é uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), com o apoio da Roche e desenvolvimento da IQVIA.

Desenvolvimento



Colaboração



Uma iniciativa





# ÍNDICE

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	<b>6</b>
<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>8</b>
<b>ENQUADRAMENTO</b>	<b>15</b>
<b>EQUIPA</b>	<b>16</b>
<b>PROCESSO</b>	<b>17</b>
<b>FASE 1 – ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS</b>	<b>17</b>
<b>FASE 2 – DEFINIÇÃO DO MODELO DE FINANCIAMENTO</b>	<b>22</b>
SESSÃO DE ABERTURA	23
SESSÃO DE TRABALHO: ACESSO E RESULTADOS	26
SESSÃO DE TRABALHO: SUSTENTABILIDADE	31
<b>FASE 3 – DESENVOLVIMENTO DOS PROJECTOS-PILOTO</b>	<b>37</b>
PROJETO-PILOTO FAROL	38
PROJETO-PILOTO POLARIS	40
<b>NOTAS FINAIS</b>	<b>43</b>
<b>INICIATIVAS</b>	<b>44</b>
GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA	44
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	47
INFORMATIZAÇÃO	48
REGISTOS E RESULTADOS	49
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	50
GESTÃO HOSPITALAR	51
SISTEMA DE SAÚDE	53
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>55</b>

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

- » 3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro é uma iniciativa destinada a identificar e definir soluções que permitam reduzir o desperdício e promover a inovação na saúde;
- » Esta iniciativa contou com a participação individual de especialistas do setor com presença em entidades governamentais, instituições hospitalares, universidades, indústria farmacêutica, ordens profissionais e associações de doentes;
- » O projeto 3F foi desenvolvido em três fases sequenciais: a análise do Sistema de Saúde Português, a definição do modelo de financiamento e o desenvolvimento dos projetos-piloto;
- » A análise do Sistema de Saúde Português e a sua comparação com países europeus incidiu na organização do sistema de saúde e no seu financiamento, e permitiu a identificação de três pilares fundamentais: o Acesso, os Resultados em Saúde e a Sustentabilidade;
- » A definição do modelo de financiamento foi realizada em três sessões de trabalho centradas nas temáticas supramencionadas. Destas sessões de trabalho resultaram 10 recomendações e 90 iniciativas que podem ser agrupadas em quatro dimensões essenciais para a melhoria do modelo de organização e financiamento do Serviço Nacional de Saúde: Resultados em Saúde, Integração de Cuidados, Gestão da Doença e Prevenção e Promoção da Saúde;
- » As iniciativas resultantes possuem diferentes âmbitos de intervenção como a gestão integrada da doença, a educação para a saúde, a informatização, os registos e resultados, os profissionais de saúde, a gestão hospitalar e o sistema de saúde, e permitiram o desenvolvimento de dois projetos-piloto;
- » O projeto-piloto FAROL, com foco nos Resultados em Saúde e na Gestão Integrada da Doença, consiste no desenvolvimento de um modelo de financiamento centrado na medição de resultados com incentivos associados à qualidade;
- » Este projeto-piloto será desenvolvido no IPO Porto no âmbito da patologia do Cancro do Pulmão e permitirá medir os resultados em saúde (clínicos e relativos à experiência do doente) ao longo de todo o percurso do doente e determinar o custo real de tratamento. Este projeto-piloto permitirá dar os primeiros passos para a implementação do modelo de *Value-Based Healthcare* em Portugal;
- » O projeto-piloto FAROL possibilitará determinar a qualidade assistencial, comparar o custo real de tratamento do doente com Cancro do Pulmão com o preço compreensivo atribuído pela ACSS e testar diferentes modelos de incentivos que premeiem as instituições que apresentem melhores resultados;

- » O projeto-piloto POLARIS foca-se na Integração de Cuidados e na Prevenção da Doença e Promoção da Saúde no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD). Quatro iniciativas essenciais para a gestão coordenada entre Cuidados de Saúde Primários e Secundários serão desenvolvidas, com impacto ao nível do acesso aos serviços de saúde, na governação das instituições e na proximidade ao cidadão;
- » Através do POLARIS será possível testar um modelo de financiamento sombra de base populacional, que será comparado com os atuais orçamentos (baseados em atividade) das unidades de Cuidados de Saúde Primários e Secundários na área de influência do CHTMAD. Neste âmbito serão identificados os custos de estrutura do CHTMAD, de modo a discriminar os custos fixos dos custos relativos à atividade e determinar o valor de capitação adequado tendo em conta o contexto da instituição;
- » Ambos os projetos piloto têm como objetivo abandonar as modalidades de pagamento baseadas em volume de cuidados e limitadoras da inovação nos modelos de prestação e cuidados. Assim, têm como ambição criar um ecossistema promotor da inovação da prestação de cuidados entre os vários níveis de cuidados de saúde, setor social e parceiros comunitários.
- » O Projeto 3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro materializa nos seus projetos-piloto o objetivo de desenvolver, implementar e avaliar diferentes modelos de organização e de financiamento com valor para o doente, para os profissionais e para o sistema de saúde que possam ser replicados nos restantes hospitais portugueses.

## RECOMENDAÇÕES

---

### 1. REFORÇO DO PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O desenvolvimento de novas competências ao nível dos Cuidados de Saúde Primários é preponderante para reforçar o seu papel como primeira linha de resposta do Serviço Nacional de Saúde e contribuirá para uma utilização mais racional dos serviços e um melhor acompanhamento do doente.

Os Cuidados de Saúde Primários apresentam um papel preponderante na promoção da saúde, na prevenção da doença e na gestão dos doentes no sistema de saúde português. Uma **adequada adaptação dos recursos humanos e estruturais** às necessidades da população da área de influência e um **aumento da abrangência de procedimentos médicos praticados** neste nível de cuidados tornam-se vitais para a **diminuição da incidência e prevalência da doença** na população e para a **redução da excessiva produção** observada a nível hospitalar.

O **desenvolvimento de novas competências** clínicas e tecnológicas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários torna-se assim preponderante para reforçar o papel de primeira linha de resposta do Serviço Nacional de Saúde, evidenciando-se como a **referência de entrada na rede de cuidados de saúde** em Portugal.

### 2. INTERLIGAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS E CUIDADOS CONTINUADOS

A definição de estratégias e objetivos transversais a todos os níveis de prestação de cuidados, privilegiando uma colaboração ativa, uma decisão conjunta e uma partilha adequada de recursos são fundamentais para tornar o doente a unidade-resultado do sistema de saúde.

Previamente à constituição do Serviço Nacional de Saúde, o desígnio pelo direito à saúde motivou o aparecimento dos primeiros Centros de Saúde, com um papel de promoção da saúde e de prevenção da doença. Anos mais tarde, a criação do Serviço Nacional de Saúde e a **necessidade de diferenciação e especialização** dos diferentes níveis de cuidados motivaram uma **verticalização** da prestação de cuidados, provocando um **distanciamento entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Secundários e Terciários**, com impacto nas suas responsabilidades, nos seus procedimentos e até mesmo no seu financiamento.



Mais tarde, com o aparecimento dos **Cuidados Continuados** e com a formalização das redes nacionais de cuidados integrados e continuados, o **distanciamento entre níveis de cuidados acentuou-se**.

Apesar da diferenciação das suas funções, o seu **propósito é comum**. Assim, torna-se premente **repensar o sistema de saúde** com a definição de **estratégias e objetivos transversais** a todos os níveis de prestação de cuidados, privilegiando uma **colaboração ativa**, uma **decisão conjunta** e uma **partilha adequada** de recursos. Estas alterações são fundamentais para tornar o **doente a unidade-resultado do sistema de saúde**.

### 3. DESENVOLVER A REDE DE SUPORTE AO DOENTE

**A existência de uma estrutura de suporte ao doente na comunidade que consagre em si uma intervenção clínica e não clínica é fundamental para garantir a adequada gestão da doença e a eficiência do sistema de saúde.**

O acompanhamento do doente com pluri-necessidades de saúde e sociais na comunidade é essencial de forma a evitar agudizações e deterioração do seu estado de saúde. Neste campo, importa desenvolver uma rede de suporte ao doente que assegure a participação de profissionais de saúde, das famílias e cuidadores informais, associações de doentes, instituições de solidariedade social, autarquias e farmácias comunitárias.

Um dos exemplos dos desperdícios causados pela inexistência de uma rede organizadas é a alta do internamento hospitalar. Uma vez prestados os cuidados de saúde a nível hospitalar, o **regresso do doente à comunidade** é, por norma, realizado **sem supervisão** ou referência para um outro nível de cuidados, cabendo apenas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), fortemente dependente do setor social, o acompanhamento de alguns doentes crónicos ou em situação de dependência. Uma vez na comunidade, a **falta de acompanhamento** continuado suscita uma deterioração do estado de saúde, bem como **reinternamentos desnecessários** e o **excessivo recurso às urgências**, traduzindo-se num **desperdício de recursos humanos e materiais**.

Desta forma, torna-se importante ou o **alargamento das competências** da **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** e o cumprimento dos prazos de resposta, ou a integração com a **rede de apoio social**, assegurando a participação de profissionais de saúde, das famílias e cuidadores informais, associações de doentes, instituições de solidariedade social, autarquias e farmácias comunitárias.

O sucesso do tratamento do doente fora das instalações físicas das instituições prestadores de cuidados apenas é possível quando é assegurada uma continuidade da prestação através de uma rede de suporte ao doente e à sua família no seu regresso à comunidade, complementado a prestação clínica com uma intervenção social.

O desenvolvimento de uma **estrutura de suporte ao doente** na comunidade, com início no momento do internamento hospitalar e que consagre uma **intervenção clínica e não clínica** é fundamental para garantir a adequada **gestão da doença** e a **eficiência do sistema** de saúde.

## 4. PROMOVER O PAPEL DOS CIDADÃOS NO SISTEMA DE SAÚDE

O cidadão é o elemento central da prestação de cuidados. Enquanto beneficiário de cuidados de saúde, deve estar capacitado a gerir a sua própria doença; enquanto contribuinte deve possuir o conhecimento necessário para desempenhar um papel ativo como agente da mudança na melhoria do sistema de saúde.

O cidadão é o elemento central da prestação de cuidados e a sua participação no sistema de saúde reveste-se de **dupla importância**: por um lado, enquanto **beneficiário** de cuidados de saúde, deve estar capacitado a **gerir a sua própria doença** de forma a garantir o sucesso dos cuidados prestados; por outro, enquanto **principal contribuinte** do Serviço Nacional de Saúde, deve possuir o conhecimento necessário para desempenhar um **papel ativo** de agente da **mudança** na **melhoria** do sistema de saúde.

Não obstante a “Cidadania em Saúde” ser um eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde na sua revisão e extensão a 2020, ainda se vislumbra um **longo caminho a percorrer**.

Enquanto doente torna-se importante a sua **capacitação na gestão da própria doença** através de uma maior **educação para a saúde**: é fundamental garantir que o cidadão conhece as medidas de prevenção da doença, de promoção da saúde e de gestão da doença. É igualmente importante que o **cidadão conheça o sistema de saúde** e a forma como aceder à prestação de cuidados. Este conhecimento torna-se fundamental na **diminuição da prevalência e incidência da doença** e no **correto e racional acesso aos serviços de saúde**.

Na qualidade de **decisor**, é importante a sua envolvimento na **definição da política de saúde**, criando, primeiramente, mecanismos que contemplem a **participação do cidadão na decisão** e seguidamente, habilitando o **doente-decisor** do conhecimento necessário para uma **participação consciente e responsável** nas matérias de saúde.

## 5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO SUPORTE À GESTÃO E À PRÁTICA CLÍNICA

A **interoperabilidade entre os sistemas de informação é essencial para garantir a centralização da informação e tornar possível a comparação entre instituições e a melhoria da prática clínica**.

Os **sistemas de informação** na saúde vieram **revolucionar a prática clínica** por permitir a compilação dos dados de saúde do doente e a sua utilização e partilha entre profissionais. Fruto das necessidades de cada instituição prestadora de cuidados, estes **sistemas foram-se diferenciando e divergindo** numa tentativa de responder às expectativas dos seus utilizadores. Isto motivou uma **disparidade na recolha e disponibilização de informação**, não apenas entre instituições, mas também entre serviços do mesmo prestador.

Esta situação torna inviável a compatibilização dos sistemas de informação, limitando o cruzamento e a utilização dos dados clínicos num panorama nacional. Desta forma, **é essencial garantir a interoperabilidade**

entre os sistemas de informação existentes de modo a permitir uma **agregação centralizada da informação** que possibilite a **comparação entre instituições** e a **melhoria da prática clínica**.

Paralelamente, as soluções informáticas são um **fator essencial para a criação de valor** na saúde, pelo que o seu desenvolvimento pode contribuir para uma **maior proximidade** ao doente, um **maior contacto** entre os profissionais e uma **maior facilitação e simplificação dos processos**.

## 6. MEDIÇÃO DE RESULTADOS COMO MOTOR DA MELHORIA DOS CUIDADOS PRESTADOS

A introdução da medição de resultados, centrados e valorizados pelo doente, com a participação de todos os intervenientes da cadeia de valor das instituições de saúde revela-se indispensável para compreender a qualidade e eficiência dos serviços prestados.

O registo e a medição de resultados apresentam uma enorme importância na evolução dos sistemas de saúde.

Através da definição de áreas de intervenção e dos respetivos indicadores, é possível **medir os resultados em saúde** das instituições e **gerar informação** relevante para a sua gestão. Esta informação permite também uma **comparação entre instituições**, possibilitando a identificação das **melhores práticas** em saúde que se traduzam numa **melhoria dos cuidados prestados**. A partilha de informação permite também estimular as **instituições** na obtenção de **melhores níveis de cuidados assistenciais**.

A introdução da medição de resultados **centrados e valorizados pelo doente** com a **participação** de todos os intervenientes da **cadeia de valor** das instituições de saúde revela-se **indispensável** para compreender a **qualidade e eficiência dos serviços prestados**.

Desta forma, será possível obter um melhor **conhecimento da prática clínica** e dos **custos de tratamento**, gerando dados de **apoio à decisão clínica e de gestão** que permitam a **avaliação, comparação** nacional e internacional e a **melhoria** dos cuidados de saúde.

## 7. TRANSPARÊNCIA & BENCHMARKING ENTRE INSTITUIÇÕES

A disponibilização de informação relativa ao desempenho das instituições e à qualidade dos serviços prestados é indispensável para a responsável e consciente decisão do cidadão na escolha por determinada instituição hospitalar.

No âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) é garantido o **livre acesso aos cuidados de saúde** no seu princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC). Através de um sistema de monitorização integral e transversal da rede de prestadores de cuidados são obtidos **critérios** que são a base da decisão na **escolha das instituições hospitalares**. Estes critérios incluem o tempo médio de resposta para **consulta**, o **tempo médio** de resposta para **cirurgia** e a **proximidade geográfica**.

A Entidade Reguladora da Saúde através do **Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)**, procede à avaliação de algumas dimensões da **qualidade das instituições** prestadoras de cuidados de saúde em Portugal. Do resultado da avaliação, resulta a sua comunicação aos cidadãos através da sua disponibilização no seu website, **não sendo critério de decisão na escolha das instituições hospitalares**.

Desta forma, a maior **disponibilização de informação** relativa ao **desempenho das instituições** e à **qualidade dos serviços prestados** e a sua **inclusão no processo de decisão** é essencial para a **responsável e consciente escolha do cidadão** pela instituição hospitalar. Este é um fator primordial para **estimular a competitividade entre instituições** por melhores níveis de **acesso, qualidade e eficiência** na prestação de cuidados que se possam traduzir em **ganhos para o sistema** de saúde.

Não obstante a importância desta informação no âmbito do Livre Acesso e Circulação, a **disponibilização de informação clínica e de gestão** com transparência é essencial na **comparação dos serviços de saúde**, com identificação das **melhores práticas clínicas** e na **avaliação e aplicação de incentivos** pelo estado.

## 8. AUTONOMIA E RESPONSABILIZAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR

**A adoção de uma gestão hospitalar e uma prestação de cuidados de saúde menos dependente de processos administrativos é imperativa, privilegiando a autonomia e a responsabilização dos gestores hospitalares pelos resultados obtidos. Estas medidas são vitais para garantir a qualidade e eficiência da rede de cuidados de saúde.**

As instituições hospitalares são **estruturas complexas** que prestam **cuidados de saúde** diversificados ao mesmo tempo que promovem a **investigação** e o **ensino** em saúde. São estruturas **heterogéneas e altamente qualificadas**, dotadas de recursos tecnológicos e logísticos que requerem os melhores princípios de gestão.

A **evolução da complexidade** das instituições hospitalares motivou a que o Governo, já em 1968, estabelecesse através do Decreto-lei n.º 48.357 que “...os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial...”. Ao longo do tempo esta matriz vem sendo acentuada. Menos de uma década depois da constituição do Serviço Nacional de Saúde, numa tentativa de “*subtrair o hospital a algumas das principais dificuldades que o dia-a-dia lhe coloca*”, materializasse **a importância dos princípios de gestão empresariais** evidenciados na **descentralização da tomada de decisão** e na celebração de **contratos anuais e plurianuais**, através do Decreto-Lei n.º 19/1988.

Em 1998, reconhecendo-se que “De facto, o actual modelo de gestão, determinando a sujeição dos hospitais às normas convencionais da Administração Pública, pensadas para o desempenho de funções de tipo administrativo, revela-se incompatível com a verdadeira natureza dos hospitais”, o Hospital de São Sebastião é dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com natureza empresarial. Sendo seguido pelo Hospital do Barlavento Algarvio.

Anos mais tarde, em 2003, surgem os Hospitais Sociedade Anónima. Em 2005, surgem os primeiros **Hospitais Empresas Públicas do Estado (EPE)** com reforço de medidas que promovessem a **eficácia e eficiência** dos recursos do Serviço Nacional de Saúde. Estes ficam então sujeitos ao estatuto das empresas públicas do Estado, “**dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial**”.

Desde a criação do Serviço Nacional de Saúde, houve então a **necessidade** de introduzir sucessivas reformas na organização e gestão dos serviços de saúde, conferindo-lhe, inicialmente, **princípios de gestão empresariais** e, mais tarde, o **estatuto de empresa pública**, destacando-se a **autonomia gestionária** como um instrumento poderoso na garantia da **qualidade e eficiência** das instituições.

O período que se seguiu ao Memorando de Entendimento com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, motivou uma **forte restrição da despesa** pública, numa tentativa de **obtenção de eficiências** na rede de cuidados de saúde. Estas medidas resultaram numa **suborçamentação da saúde**, com **estrangulamento de tesouraria** das instituições hospitalares e a uma concentração da **decisão no poder ministerial**. Esta situação **limita a gestão e a autonomia** das instituições hospitalares, resultando num **endividamento crónico** destas instituições e materializando-se num **esforço inglório** pela manutenção de **níveis adequados de prestação** de serviços.

Desta forma, torna-se essencial **recuperar os princípios de autonomia de gestão** consagrados pelas sucessivas reformas introduzidas pelo modelo de gestão empresarial e pela revisão da Lei de Bases da Saúde. Torna-se urgente a adoção de uma gestão hospitalar e uma prestação de cuidados de saúde **menos dependente de processos administrativos**, privilegiando a **autonomia e a responsabilização dos gestores hospitalares pelos resultados obtidos**. Quanto mais próximo o nível de decisão está do doente, maior é a qualidade e eficiência da rede de cuidados de saúde.

## 9. UM NOVO MODELO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA A SAÚDE

O desenvolvimento de um modelo de financiamento vertical e integrado, com definição de objetivos comuns aos diferentes níveis de prestação de cuidados, assente na medição de resultados, com a valorização da participação do cidadão e o incentivo às melhores práticas em saúde é fundamental para responder aos desafios da saúde.

O **financiamento da saúde** em Portugal é realizado através da alocação de verbas provenientes do **orçamento de estado** e **direcionadas em função do destino da prestação** de cuidados. Não obstante o objetivo de os prestadores ser comum, a sua **orçamentação é diferente**: os Cuidados de Saúde Primários utilizam, essencialmente, um **modelo de capitação** e os Cuidados de Saúde Hospitalares um **modelo baseado na produção**. Ambos ainda fortemente baseados nos custos históricos. A orçamentação da saúde torna-se assim, muitas vezes, **redundante** com um duplo ou, até, triplo financiamento do cidadão, no caso de se considerar a intervenção dos cuidados continuados. O atual modelo de financiamento em Portugal **não incentiva a integração de cuidados**, os **resultados em saúde** e o **investimento**, **nem está alinhado com as necessidades crescentes e distintas da população**.

O desenvolvimento de um modelo **vertical e integrado**, com definição de **objetivos comuns** aos diferentes níveis de prestação de cuidados, assente na **medição de resultados**, com a **valorização da participação do cidadão** e o **incentivo** às melhores práticas em saúde é fundamental para **responder aos desafios** do presente e para **preparar o futuro**.

É **urgente repensar o modelo de organização** do sistema de saúde, desviando-se a atenção da prestação de cuidados e focando-se na promoção da saúde e prevenção da doença através da integração de cuidados.

O orçamento deve ser independente da instituição onde o doente é tratado, promovendo a qualidade de tratamento e não a quantidade de procedimentos realizados.

Um novo modelo de organização e alocação de financiamento apresenta um papel preponderante na **modelação do sistema de saúde** que permita responder às necessidades dos cidadãos.

## 10. CONFIANÇA NO SISTEMA DE SAÚDE

**É fundamental implementar o diálogo e a confiança entre os diferentes ministérios e organizações associadas à saúde. Apenas com um trabalho conjunto de todos os parceiros políticos, sociais e económicos será possível tornar a saúde uma prioridade.**

As **sucedidas** alterações ao quadro regulamentar da saúde e a recente **política de restrição económica** das contas públicas têm provocado um **ambiente de desconfiança** entre os principais intervenientes do setor da saúde.

A curto prazo, e de forma a restituir a confiança dos parceiros no sistema, é fundamental assegurar uma **maior articulação entre os ministérios que tutelam esta pasta, simplificando a tomada de decisão e a descentralização do poder.**

A longo prazo torna-se essencial a criação de um pacto para a saúde. É vital introduzir no sistema as alterações necessárias que permitam a adaptação da rede de cuidados de saúde aos desafios futuros. Este deve ser um trabalho resultante da colaboração de todos os parceiros políticos, sociais e económicos na definição dos principais eixos estratégicos para a saúde nas próximas décadas.

## ENQUADRAMENTO

---

Desde a sua criação em 1979, o Serviço Nacional de Saúde tem vindo a sofrer diversas reformas com o objetivo de acompanhar as necessidades da sociedade portuguesa e o contexto socioeconómico do país. O ano de 2010 assinala o início de um período impactado por políticas públicas de contenção orçamental. Este período, marcado pelo resgate económico-financeiro, motivou uma especial atenção da tutela na obtenção de eficiência através da rede de prestadores de cuidados, em grande parte assente numa diminuição da despesa do Estado com esta rubrica. Tais medidas limitaram a capacidade de liquidez de muitos hospitais e levando a que muitas destas instituições se encontrem num nível de esforço elevado para manter níveis adequados de prestação de serviços.

Em 2018, não obstante o crescimento económico do país (2,7% em 2017), o Serviço Nacional de Saúde apresentou um dos orçamentos mais baixos em percentagem do PIB dos últimos anos. Esta realidade contrasta com o que seria expectável tendo em conta as tendências de envelhecimento da população. Dada a quantidade e o tipo de cuidados a praticar e o custo com a tecnologia e inovação, a despesa da saúde será progressivamente maior e os cuidados a prestar mais complexos e onerosos.

É inegável que a solução ideal reside na reorganização da rede de prestação de cuidados que permita responder às necessidades dos cidadãos. É urgente repensar a organização do sistema de saúde português, com o foco a passar pelo modelo de financiamento enquanto instrumento mais poderoso na modelação do sistema de saúde.

**3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro** é uma iniciativa que juntou vários especialistas com o mesmo objetivo: reconhecer os principais obstáculos que afetam o financiamento dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, identificar ineficiências na rede de prestação de cuidados e desenvolver possíveis soluções que permitam a melhoria e evolução do modelo de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Esta é uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o apoio da Roche e desenvolvimento IQVIA e que pretende tornar a saúde uma prioridade.

## EQUIPA

---

Para o desenvolvimento do **3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro**, foram convidados especialistas de diferentes áreas do setor da saúde que pelo seu conhecimento pudessem identificar os problemas e desenvolver soluções para o financiamento da saúde em Portugal.

- » Alexandre Lourenço
- » André Luís
- » Branca Barata
- » Carlos Santos
- » Cláudia Furtado
- » Cristina Campos
- » Cristina Ventura
- » Eurico Reis
- » Francisco Ramos
- » Francisco Rocha Gonçalves
- » Helena Farinha
- » João Paulo Cruz
- » João Porfírio Oliveira
- » Jorge Penedo
- » Júlio Pedro
- » Maria do Céu Machado
- » Marta Temido
- » Pedro Beja Afonso
- » Ricardo Mestre
- » Rui Santana
- » Sofia Crisóstomo
- » Sofia Mariz
- » Victor Herdeiro



## PROCESSO

Esta iniciativa contou com três fases sequenciais que tiveram o seu início em junho de 2017.



Figura 1 – Fases do processo

## FASE 1 – ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Nesta primeira fase foi realizada uma análise do Sistema de Saúde Português e a sua comparação com países europeus. A análise focou-se na organização do sistema de saúde e do seu financiamento, estando as principais observações materializadas neste documento.

### PRINCIPAIS OBSERVAÇÕES

O Sistema de Saúde Português, inspirado no modelo Beveridgeano criado no pós-II Guerra Mundial, caracteriza-se pela coexistência e sobreposição de três sistemas: o Serviço Nacional de Saúde, os subsistemas de saúde e os seguros de saúde privados. O Serviço Nacional de Saúde consagra em si o direito constitucional de proteção à saúde e caracteriza-se por ser um sistema universal, geral e tendencialmente gratuito.

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, os anos que se seguiram foram marcados por um período de crescimento da rede de prestação de cuidados com a criação de novos hospitais e centros de saúde, pela definição de carreiras e aumento do número de efetivos, bem como pelo crescente aumento da despesa com saúde.

Desde a sua criação, o seu percurso tem sido marcado por várias conquistas, como o aumento da esperança média de vida da população portuguesa ou a redução da mortalidade infantil. Diversas reformas têm sido implementadas com o objetivo de acompanhar as necessidades e expetativas da sociedade bem como o contexto socioeconómico do país.

Estas reformas, sobretudo ao nível do modelo de organização e financiamento do sistema de saúde impactam o investimento no setor e são visíveis na evolução da despesa nesta rubrica em Portugal, principalmente até ao ano de 2010.

## DESPESA CORRENTE EM SAÚDE

Quando analisado o período entre 2000 e 2017<sup>a</sup>, verifica-se que o crescimento da despesa total em saúde atingiu o seu máximo em 2010 (17 mil milhões de euros). Os anos que se seguiram foram pautados por uma forte redução que colocou a despesa total em saúde próxima da de 2007. Em 2014, um modesto crescimento de 0,9% foi alcançado, contrariando a tendência até então. Mais recentemente, em 2015 e 2016<sup>b</sup>, a despesa corrente em saúde apresentou um aumento considerável, de 3,3% e 4,4%, respetivamente, reforçando a perspetiva de crescimento iniciada no ano anterior<sup>1</sup>.

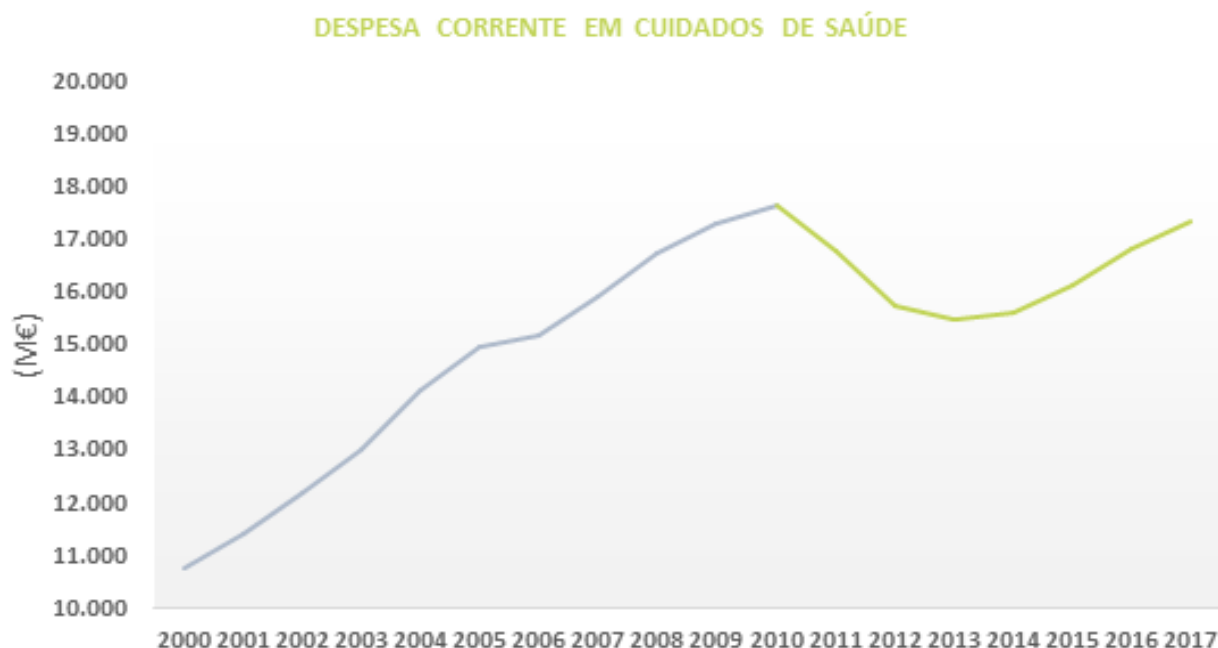


Gráfico 1 - Despesa corrente em cuidados de saúde<sup>1</sup>

<sup>a</sup>Valores referentes ao ano de 2017 são preliminares.

<sup>b</sup>Valores referentes ao ano de 2016 são provisórios.

Embora parte da diminuição da despesa corrente em saúde verificada entre 2010 e 2014 se explique pela quebra do PIB, a verdade é que a redução relativa da despesa corrente em saúde foi consistentemente superior à diminuição relativa do Produto Interno Bruto (PIB), com exceção de 2016<sup>2</sup>.

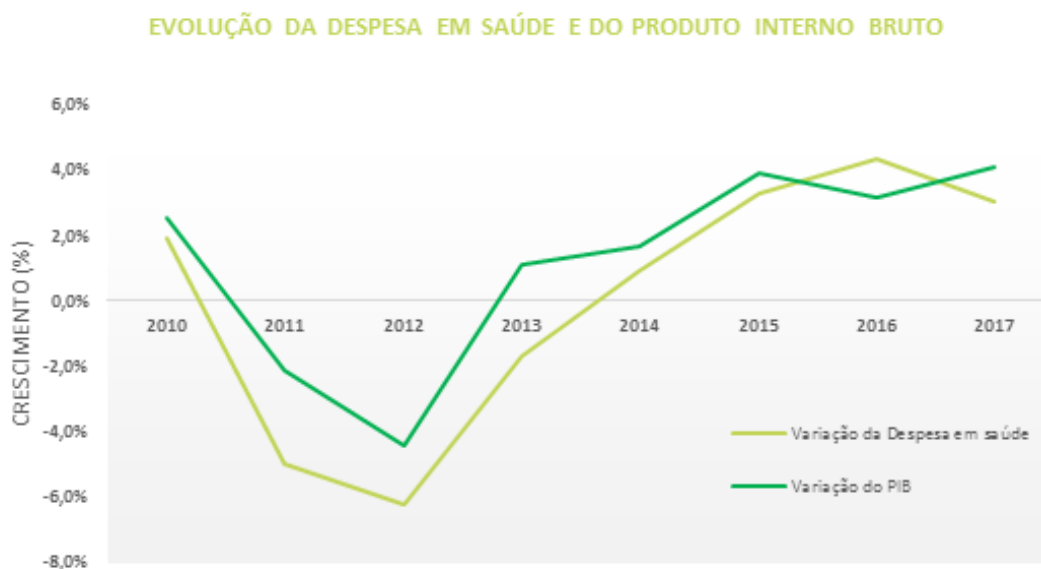


Gráfico 2 – Evolução da despesa em saúde e do Produto Interno Bruto<sup>2</sup>

Torna-se importante enquadrar a situação portuguesa no panorama europeu. Portugal, que até ao ano de 2009 era o oitavo país com uma maior percentagem do PIB alocada à saúde, 9,9%, foi um dos países europeus que se caracterizou por uma maior redução na área da saúde nos últimos anos, estabilizando em valores próximos dos 9,0% do PIB e na décima posição<sup>3</sup>.

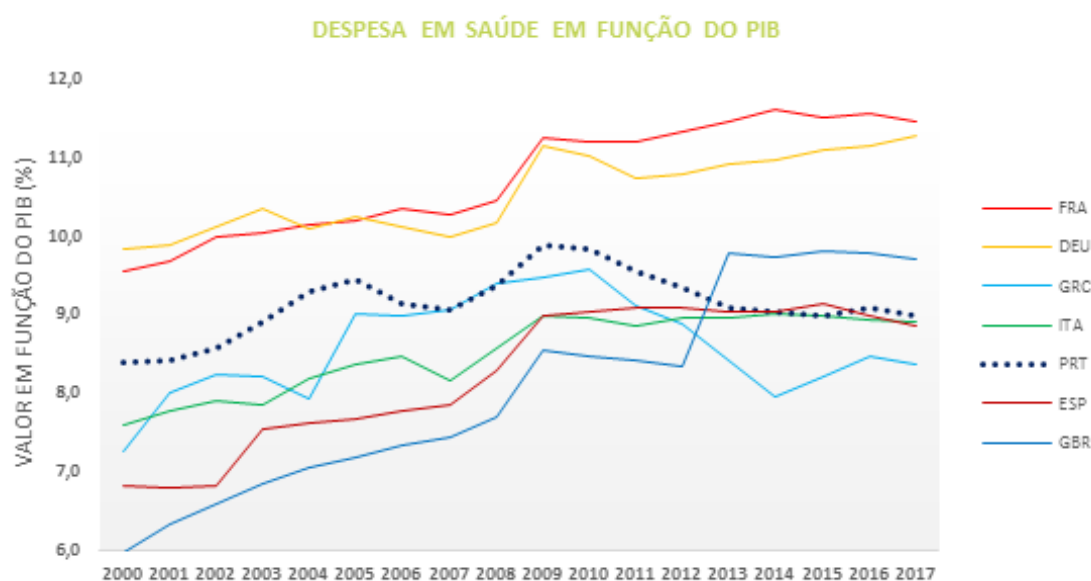


Gráfico 3 – Despesa em saúde em função do PIB<sup>3</sup>

Quando analisada a despesa em saúde per capita, que já em 2010 conferia a Portugal a décima quinta posição entre os países europeus, com um valor de 1,671€, verifica-se também que este valor foi diminuindo, situação que se manteve até 2016. Apenas em 2017<sup>a</sup> a despesa per capita se aproximou dos valores apresentados no período prévio ao resgate económico-financeiro, com um valor de 1.684€<sup>4</sup>. Este valor é manifestamente inferior aos valores dos restantes países, como Espanha (2.200€), Itália (2.522€), Reino Unido (3.000€), França (3.913€) ou Alemanha (4.457€), mas, ainda assim, superior aos países do leste da Europa, como a Grécia (1.381€)<sup>5</sup>.

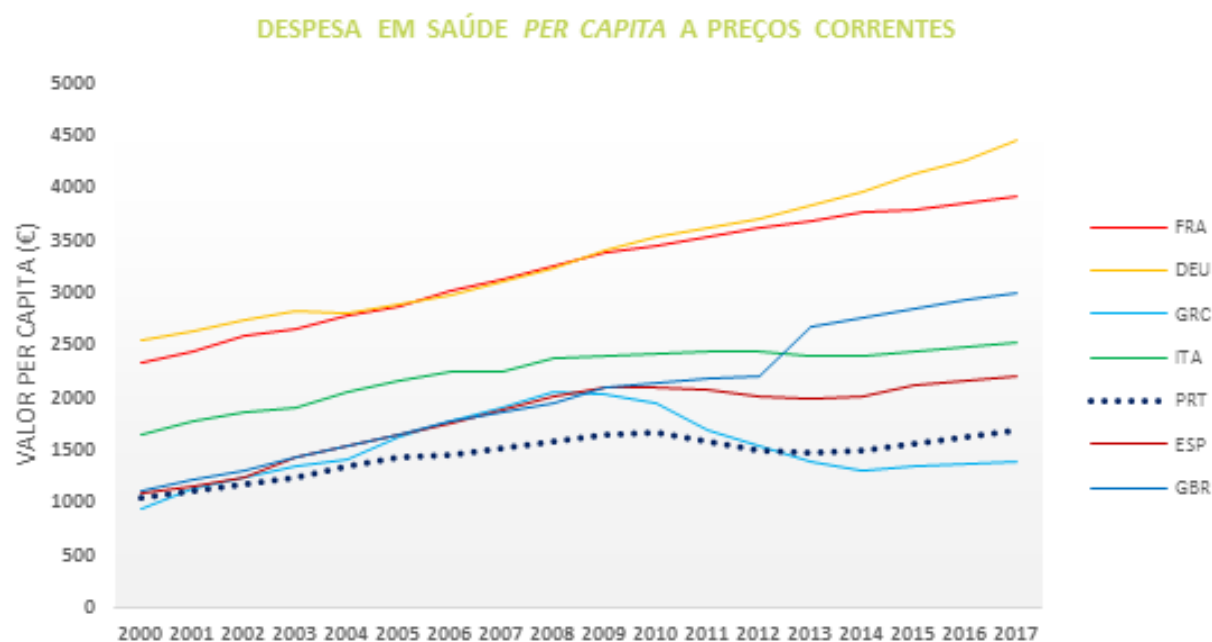


Gráfico 4 – Despesa em saúde per capita<sup>5</sup>

## FONTES DE FINANCIAMENTO

A despesa em saúde pode ser analisada quanto à origem do seu financiamento, dividindo-o em público e privado:

- » O financiamento público, maioritariamente proveniente do orçamento de Estado, é resultado da tributação de impostos e representa a maior fatia do financiamento da saúde. Neste valor ainda são consideradas as receitas provenientes dos subsistemas de saúde.
- » Por sua vez, o financiamento privado, através das contribuições das famílias, dos seguros de saúde privados e de outras formas de financiamento como o setor social, complementa o restante financiamento da saúde.

Em 2010 o financiamento público representava 69,8% do financiamento da saúde em Portugal e o privado os restantes 30,2%. Sete anos mais tarde, em 2017, o financiamento privado acentuou-se, com um valor de 33,4% do total da despesa, um crescimento de mais de 10% comparativamente ao início da década<sup>6</sup>. Na Figura 2 é possível observar a diversificação das fontes de financiamento tendo por base a sua origem.



Figura 2 - Fontes de financiamento da saúde (2017)<sup>3</sup>

Os pagamentos diretos das famílias representavam em 2017, 27% do financiamento da saúde, fruto de contribuições como taxas em atendimento privado, medicamentos, cuidados dentários e taxas moderadoras<sup>6</sup>. Estes pagamentos são uma fonte de preocupação devido à possibilidade de conduzirem a despesas catastróficas em saúde (ponto a partir do qual estes são tão altos em relação aos recursos disponíveis que obrigam as famílias a abandonar o consumo de outros bens e serviços essenciais) e ao empobrecimento das famílias.

Esta situação outorga a Portugal o título de um dos países europeus com maior peso do financiamento privado, devido a pagamentos diretos das famílias, apenas superado por países do leste da Europa<sup>3</sup>.

O Sistema de Saúde Português baseado num Serviço Nacional de Saúde, universal, geral, tendencialmente, gratuito, de modelo Beveridgeano, tem-se então aproximado de um sistema misto, tanto na prestação como no financiamento.

## CONTRATUALIZAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A alocação do orçamento público da saúde é realizada através de entidades centrais ou regionais que suportam o Ministério da Saúde nesta função.

Nos Cuidados Primários, o Ministério da Saúde atribui fundos às Administrações Regionais de Saúde, que, por sua vez, financiam a atividade de cada unidade dos cuidados de saúde primários através dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES). É elaborado um contrato-programa anualmente com cada ACES. O orçamento deste nível de prestação de cuidados é determinado através de um modelo de financiamento baseado na capitação e no histórico de despesa<sup>7</sup>.

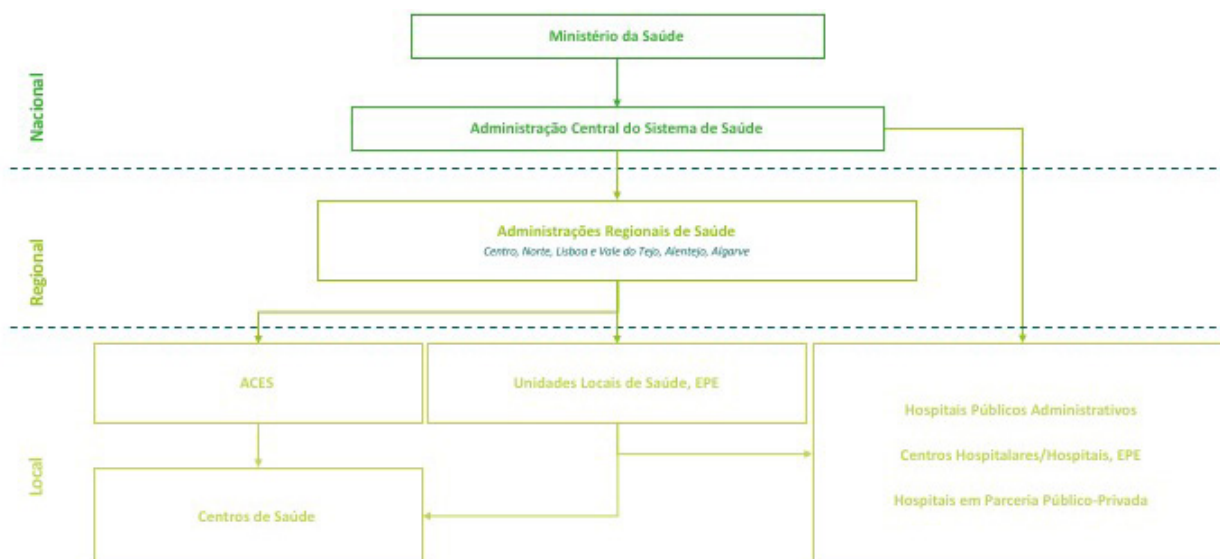


Figura 3 - Organização do Sistema de Saúde Português

O orçamento hospitalar é alocado pelo Ministério da Saúde, via Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), com base na celebração anual de um contrato-programa. Para 2018, o orçamento global encontra-se essencialmente baseado na atividade hospitalar e em programas de pagamento compreensivo por doente tratado. A estes acrescem incentivos, atualmente fixados em 5% do valor do contrato-programa. Paralelamente, as Unidades Locais de Saúde, são teoricamente financiadas através de um modelo de capitação ajustada pelo risco em que 10% desse valor está dependente dos cumprimentos de objetivos, sendo penalizadas em caso de incumprimento da atividade contratada. Contudo, a prática induziu que o peso dos custos históricos das organizações tenham um peso maior na determinação do orçamento global anual.

O modelo de financiamento dos Cuidados de Saúde Secundários e Terciários proporciona uma maior segurança na orçamentação de despesa para o Estado e uma maior previsibilidade de receita para a instituição hospitalar, incentivando, paralelamente, o cumprimento de determinados objetivos, alinhados com a estratégia e prioridades definidas a nível nacional e regional. Por outro lado, sendo focado na atividade tradicionalmente hospitalar, não incentiva à integração de cuidados e a inovação no modelo de prestação de cuidados, não prevê o investimento, nem está alinhado com as necessidades crescentes e distintas da população.

Os indicadores destinados à avaliação dos cuidados de saúde encontram-se mais focados na instituição do que no doente, havendo pouca prática de mensuração de resultados. O foco encontra-se centrado na avaliação do desempenho financeiro ao invés de nos resultados centrados no doente, pelo que não existe uma valorização da prestação dos cuidados de saúde pela avaliação do seu custo-benefício.

## FASE 2 – DEFINIÇÃO DO MODELO DE FINANCIAMENTO

A análise ao sistema de saúde português e a sua comparação com o modelo de organização e financiamento dos demais países europeus permitiu a identificação de três pilares fundamentais, que constituíram a base da discussão de potenciais soluções ao financiamento do Sistema de Saúde Português.

O *Acesso*, os *Resultados em Saúde* e a *Sustentabilidade* foram então os temas que deram o mote às sessões de trabalho do **3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro**, realizadas num formato que incentivasse a partilha de opiniões e a construção de soluções.

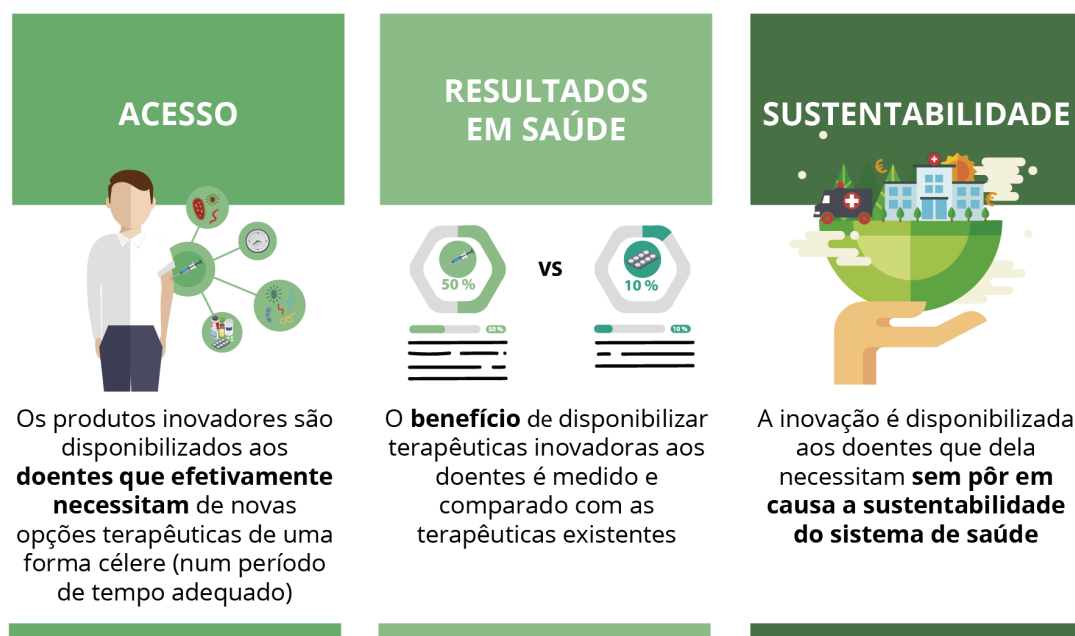


Figura 4 - Temas centrais de discussão para definição do modelo de financiamento

## SESSÃO DE ABERTURA

A Sessão de Abertura desta iniciativa decorreu no dia 10 de janeiro de 2018 nas instalações do INFARMED, em Lisboa.



Nesta sessão foi realizada uma apresentação e enquadramento do **3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro** e dado o ponto de partida através de uma análise ao contexto do financiamento dos hospitais portugueses.



Esta sessão contou com a presença do Prof. Doutor António Correia de Campos, Presidente do Conselho Económico Social, com a apresentação do tema *“Os desafios do financiamento dos medicamentos inovadores”*.

Na sua exposição, o Professor realçou a importância dos medicamentos inovadores enquanto terapêutica curativa e no suporte à vida, nomeadamente, os medicamentos destinados às doenças crónicas. A evolução dos medicamentos inovadores em contexto hospitalar e de ambulatório e a importância de criar ferramentas que possibilitem a identificação da verdadeira inovação foram os temas centrais da sua intervenção.

---

***“Há certamente muitos problemas no horizonte e um caminho pedregoso à nossa frente. Não temos outro, não podemos fugir para trás e para os lados só alongamos a caminhada.”***

---

As suas principais recomendações para o governo residem em:

- » Aumentar o financiamento para a saúde, realizando um orçamento real e ajustado às necessidades de cada instituição, em detrimento de uma suborçamentação e recorrência a verbas adicionais;
- » Aperfeiçoar os métodos de compra das entidades públicas, alavancando-os na utilização da avaliação de tecnologias para melhor compreender a inovação e articular com parceiros nacionais e internacionais, numa posição concertada, para a aquisição de produtos e definição de preços;
- » Adotar uma postura prospetiva quanto à entrada de novos medicamentos inovadores no mercado, de forma a antecipar despesa e a negociar a sua introdução;
- » Regulamentar a relação da indústria com os profissionais de saúde;
- » Aproveitar a reconhecida capacidade do país em gerar conhecimento para atrair mais investimento e novos centros de investigação;
- » Maior transparência entre todos os parceiros de forma a restaurar a confiança de todas as entidades do sistema de saúde português.

Reforçou ainda que a indústria farmacêutica deverá exigir o cumprimento dos prazos de pagamento e mostrar abertura para negociação com a tutela.

A sua intervenção encontra-se disponível em: **[www.saudeumaprioridade.pt](http://www.saudeumaprioridade.pt)**.





Com o objetivo de desenvolver soluções capazes de dar resposta aos problemas operacionais que afetam o Serviço Nacional de Saúde, os peritos convidados formularam algumas conclusões como resultado desta primeira sessão:

- » Elaborar orçamentos reais e adaptados às necessidades dos hospitais como forma de evitar compensações extraordinárias;
- » Dar maior autonomia e responsabilização às instituições hospitalares na gestão dos recursos;
- » Utilizar modelos mistos de financiamento que valorizem os bons resultados em saúde para os doentes e que paguem os cuidados de saúde prestados;
- » Garantir melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde de forma a melhorar a qualidade e desempenho do Serviço Nacional de Saúde;
- » Proceder à integração dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários como forma de gestão dos recursos em função do doente;
- » Reforçar a confiança entre todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde de modo a garantir a sustentabilidade da inovação.

As conclusões da primeira sessão de trabalho encontram-se disponível em **[www.saudeumaprioridade.pt](http://www.saudeumaprioridade.pt)**.

## SESSÃO DE TRABALHO: ACESSO E RESULTADOS

A sessão de trabalho subordinada ao tema “Acesso e Resultados” realizou-se no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em Lisboa, no dia 7 de fevereiro.

Esta sessão teve como objetivo a apresentação de exemplos europeus de boas práticas de acesso aos cuidados de saúde e de medição de resultados. Estes exemplos foram o ponto de partida para a discussão da aplicabilidade das boas práticas identificadas em Portugal, a identificação de barreiras à sua implementação e os respetivos desafios. Os casos apresentados, por constituírem exemplos de boas práticas de saúde, são aqui explorados.

### ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA HOLANDA<sup>8-12</sup>

O caso apresentado permitiu compreender como a existência de um sistema de atendimento “fora-de-horas” inovador, o acesso facilitado aos cuidados de saúde primários, a restrição de acesso aos cuidados hospitalares e as tecnologias e-Health podem contribuir para que a Holanda seja considerada um país de excelência no acesso aos cuidados de saúde.

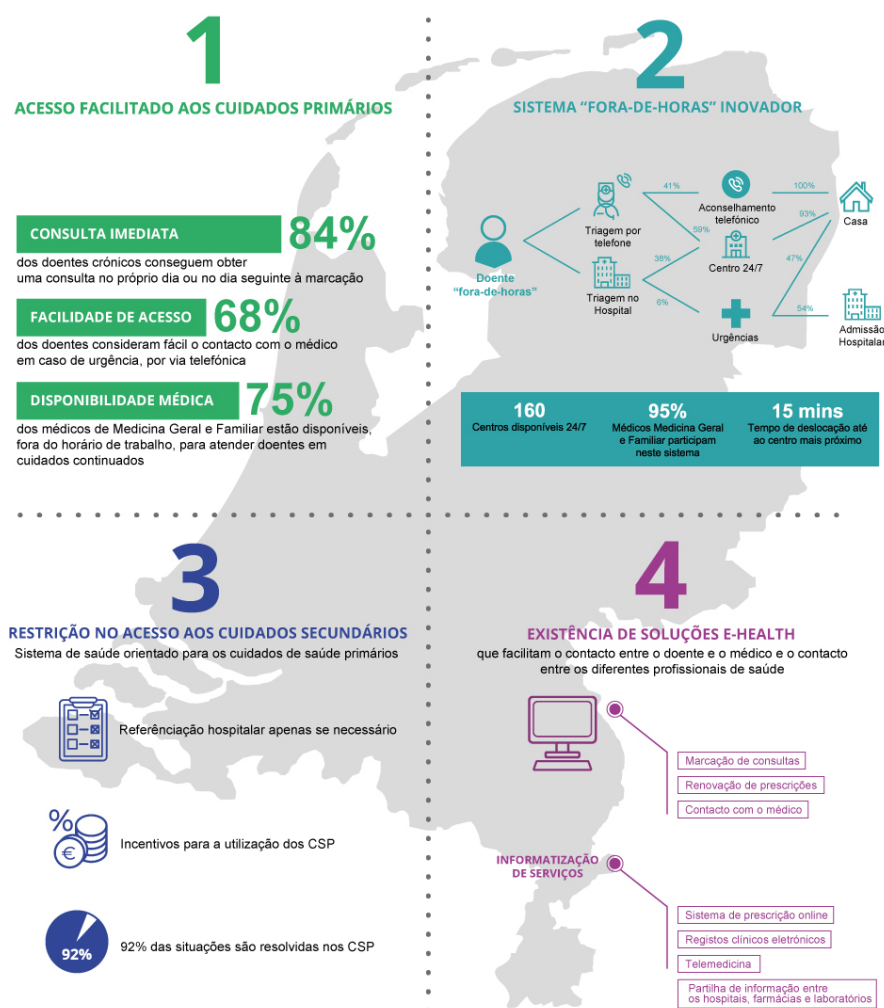


Figura 5 - Acesso aos cuidados de saúde na Holanda

## SUÉCIA, A EXCELÊNCIA NA CRIAÇÃO DE DADOS DE EVIDÊNCIA CLÍNICA<sup>13-15</sup>

O caso “Suécia, a excelência na criação de dados de evidência clínica” demonstrou a realidade de um país europeu com um sistema de saúde complexo e com intervenientes de diferentes âmbitos (estruturas nacionais, regionais e locais), que tem presente a importância dos registos e a ligação da informação gerada por estes com a qualidade dos cuidados de saúde.

A integração da informação em registos nacionais obrigatórios é cofinanciada pelo Ministério da Saúde, regiões e municípios por considerarem traduzir-se em benefícios inegáveis para o sistema.



Figura 6 - Criação de dados de evidência clínica na Suécia

Os registos tornaram-se fundamentais para garantir melhores cuidados de saúde, apoio à formação e desenvolvimento pessoal e capacidade de comparação da prestação de cuidados de saúde.

Não obstante a existência de custos com a criação e manutenção dos registos clínicos, uma análise à relação entre o índice de qualidade e o custo per capita nas diferentes regiões suecas demonstra que as regiões com cuidados de saúde de maior qualidade geram custos mais baixos per capita.

## REGISTOS DE MONITORIZAÇÃO DA AGÊNCIA ITALIANA DO MEDICAMENTO<sup>16-19</sup>

Os *Managed Entry Agreements* são processos de contratualização entre o Estado e as empresas farmacêuticas que permitem um acesso mais célere a medicamentos inovadores.

Os acordos baseados em resultados são um dos exemplos deste tipo de contratualização. Nestes, o reembolso está dependente do cumprimento de métricas relacionadas com os resultados clínicos dos doentes, reduzindo o risco financeiro para o Estado enquanto são gerados dados de evidência clínica.

A Agência Italiana do Medicamento (AIFA) desenvolveu em 2005 uma plataforma de registos com o intuito de implementar e monitorizar estes acordos. Esta plataforma permite monitorizar os medicamentos através de registos clínicos, de modo a gerir a incerteza relativa à eficácia clínica e/ou o custo-eficácia dos mesmos. Esta plataforma permite, ainda, um controlo rigoroso da adequabilidade da prescrição.

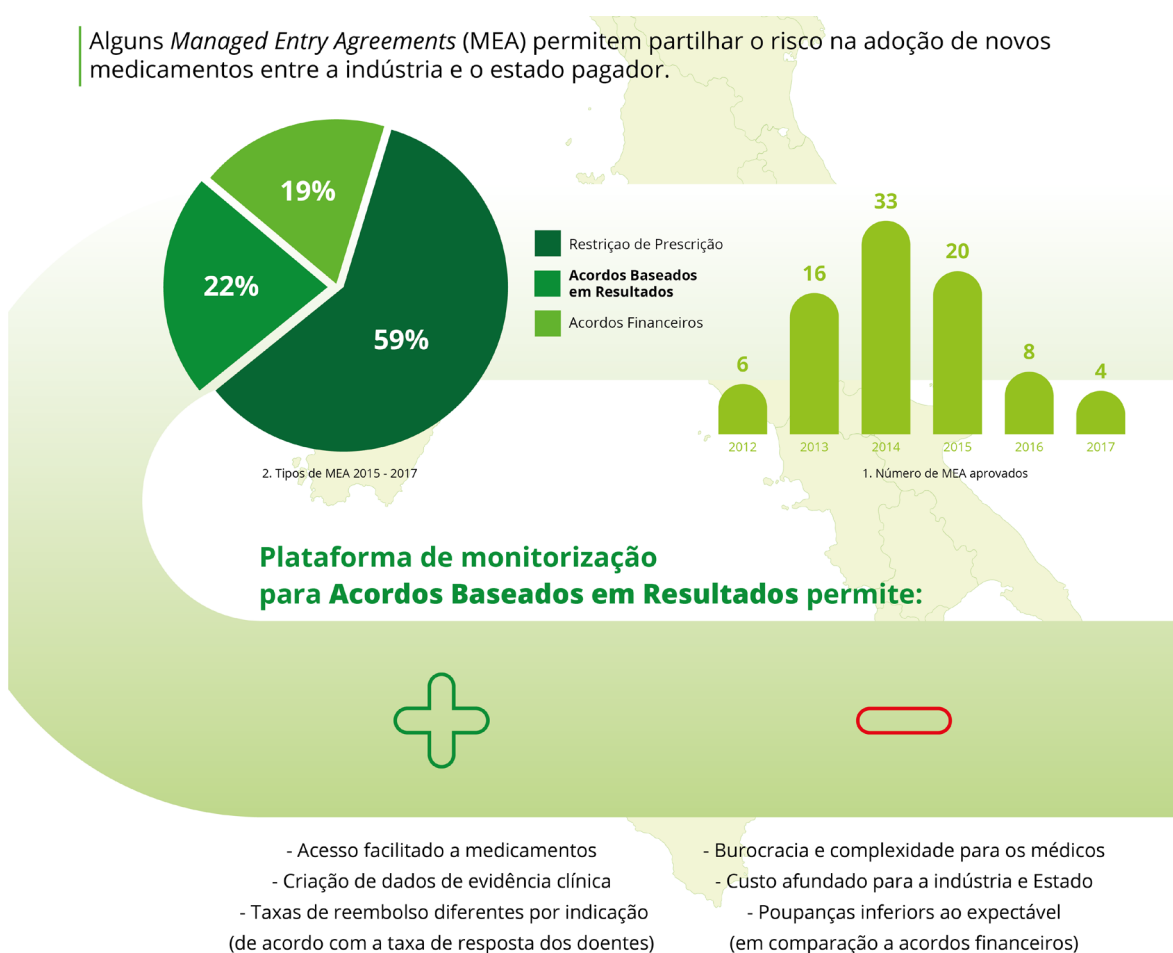


Figura 7 -Plataforma de monitorização da AIFA

Desta forma, o Estado enquanto financiador pode dar prioridade aos medicamentos essenciais, evitar decisões negativas de reembolso, partilhar o risco e controlar a despesa, criando ao mesmo tempo dados de evidência clínica. Por outro lado, a indústria farmacêutica evita a comparação direta de preços de medicamentos e o comércio paralelo, melhora o acesso a medicamentos e fortalece a relação com os pagadores.





Partindo da análise dos casos de estudo apresentados, resultaram as seguintes conclusões no que diz respeito ao Acesso:

- » Definir estratégias e objetivos comuns aos cuidados de saúde primários e secundários como forma de tornar o doente a unidade-resultado do sistema de saúde;
- » Desenvolver a literacia da população como força de capacitação dos doentes e dos seus cuidadores a uma melhor prevenção e gestão da doença;
- » Capacitar os Cuidados de Saúde Primários de ferramentas (como meios complementares de diagnóstico e terapêutica, técnicas clínicas e informação) que permitam tornar este nível de cuidados a referência de entrada na rede de cuidados de saúde;
- » Criar uma rede de referenciação dentro dos Cuidados Primários e Cuidados Secundários de modo a tornar mais fácil a comunicação e a agilização de processos;
- » Profissionalizar a inovação no Serviço Nacional de Saúde através da criação de uma agência para a inovação com a missão de identificar, partilhar e implementar as melhores práticas em saúde em Portugal;
- » Criar bolsas de profissionais de saúde que prestem cuidados a quem mais necessite independentemente do local de prestação de forma a garantir a prestação de cuidados a todos os doentes;
- » Adequar os horários dos Cuidados de Saúde Primários a nível regional, de modo responder às necessidades da população de cada área de influência.

Em relação aos Resultados em Saúde, as principais conclusões traduziram-se em:

- » Envolver a classe médica na construção e definição de métricas de modo a garantir uma recolha de dados alinhada com a prática clínica;
- » Sensibilizar a classe médica face à importância da criação e manutenção de registos clínicos como impulsionador da melhoria da prática clínica;
- » Desenvolver registos integrados e centrados no doente, em detrimento da patologia ou local da prestação de cuidados, como forma de obter uma visão holística dos cuidados prestados com foco no doente;
- » Incentivar a medição de resultados de gestão e de prática clínica e a respetiva comparação entre instituições, como estímulo à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

As conclusões desta sessão de trabalho subordinada aos temas Acesso e Resultados encontra-se disponível em **[www.saudeumaprioridade.pt](http://www.saudeumaprioridade.pt)**.

## SESSÃO DE TRABALHO: SUSTENTABILIDADE

“Sustentabilidade” foi o tema da terceira sessão de trabalho do **3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro**. Esta realizou-se no dia 7 de abril, nas instalações da Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa.

À semelhança da sessão anterior, os principais objetivos desta sessão consistiram na apresentação de exemplos de boas práticas de sustentabilidade em saúde na Europa, como base de discussão da aplicabilidade destas e de outras práticas em Portugal.

### MODELO ESTHER, SUÉCIA<sup>20</sup>

A localidade de Jönköping, no sul da Suécia, com uma população de cerca de 330 mil habitantes, introduziu uma abordagem de cuidados de saúde individualizados centrados no doente idoso com patologias múltiplas no final da década de 1990.

Introduzindo uma abordagem de prestação de cuidados de saúde centrada no doente, focaram-se em melhorar a coordenação dos cuidados e as experiências dos seus doentes idosos. A solução passou por identificar redundâncias e lacunas do sistema de cuidados de saúde e sociais, e desenvolver um plano de ação de melhoria. Estas ações resultaram no desenvolvimento da persona Esther.



Figura 8 - Desenvolvimento da persona Esther

No processo de mudança, o Sistema de Saúde Sueco teve de ultrapassar diferentes obstáculos, nomeadamente a alteração da mentalidade e conhecimento dos profissionais de saúde e dos decisores, a revisão das leis de privacidade e partilha de informação entre os diferentes prestadores de saúde e a garantia que os orçamentos não seriam ultrapassados.

As melhorias resultantes da reestruturação do sistema de saúde revelaram-se na redução de admissões a nível hospitalar (-30%), reinternamentos (-9%), dias de internamento em enfermaria médica e geriátrica (-7%), período de permanência hospitalar em cirurgia (-17%) e reabilitação (-52%).

Este modelo não só melhorou vários indicadores de desempenho hospitalares como é valorizado pela população abrangida pelo modelo, o que o levou a ser replicado em outras regiões da Suécia e do mundo.

## REFORMA GESUNDES KINZIGTAL, ALEMANHA<sup>21</sup>

A Alemanha apresenta um problema com a fragmentação dos cuidados de saúde, que enfatiza o atendimento agudo em vez de abordagens preventivas, o que tem resultado em maiores taxas de admissão hospitalar e dias de internamento maiores.

Para resolver esta situação o governo alemão aprovou a Lei de Reforma do Seguro de Saúde e a Lei da Modernização do Seguro de Saúde que autorizam os fundos de doença a negociar com os prestadores de cuidados de saúde e a alocar 1% das despesas para programas de integração de cuidados.



Figura 9 - Implementação da reforma da Gesundes Kinzigtal



A *Gesundes Kinzigtal* é uma instituição prestadora de cuidados de saúde privada que opera num sistema de cuidados integrados no sudoeste rural da Alemanha. Esta serve uma população de médio-baixo rendimento e com um elevado número de doenças crónicas.

Os prestadores de saúde da *Gesundes Kinzigtal* desenvolveram um programa focado nos doentes com necessidades complexas, com o objetivo de melhorar a saúde da população, melhorar a prestação de saúde e a experiência do doente, e reduzir o desperdício e os custos desnecessários.

## MODELO MANISES, ESPANHA<sup>22</sup>

A deficiente coordenação dos diferentes níveis de prestação de cuidados, associados ao envelhecimento da população e ao aumento do número de doentes crónicos, levaram a tutela espanhola a repensar o modelo de organização da rede de cuidados de saúde.

Tradicionalmente os sistemas de saúde são organizados geograficamente, ao redor dos locais onde são prestados os cuidados de saúde. À medida que os cuidados se tornam mais complexos, esta abordagem proporciona uma fragmentação e duplicação dos serviços prestados. O doente transita entre diferentes prestadores de saúde com atraso no diagnóstico e na prevenção da doença resultando num aumento dos custos com saúde e na degradação da qualidade e da satisfação.

Impulsionado por esta situação e pelas severas restrições financeiras, surgiram em 1990, na região de Valência, as primeiras Parcerias Público-Privadas. Das diferentes parcerias público-privadas criadas desde então, o modelo Manises foi selecionado e analisado por apresentar a integração de três níveis de prestação de cuidados: primários, especializados e continuados.

Ao contrário do tradicional pagamento por serviço, estes modelos apresentam um financiamento por capitação, o que sugere um elevado interesse na maximização da eficácia, na melhoria da saúde e prevenção da doença de modo a que os doentes tenham menor necessidade de recorrer aos serviços de saúde especializados.

Este modelo contempla ainda um mecanismo que garante autonomia de decisão ao doente na escolha do prestador de cuidados de saúde: o Hospital de Manises remunera os serviços prestados a doentes da sua área de influência que optem por um outro hospital. Por outro lado, recebe 85% do custo dos doentes provenientes de hospitais de outras regiões. Este mecanismo funciona como um incentivo para que o hospital eleve o nível de prestação de cuidados de saúde para não perder os seus doentes e para atrair doentes de outras regiões.

Quando um doente se desloca às urgências do hospital, são avaliadas as suas condições e necessidades por uma Unidade de Assistência Imediata. De seguida, é atribuída ao doente uma equipa dedicada para prestação de cuidados de saúde. Isto garante que os médicos especialistas corretos tratam cada doente e assumem a responsabilidade pelos cuidados, proporcionando um serviço mais transparente, reduzindo os tempos de espera e entregando um melhor uso dos recursos hospitalares.

No caso de um doente necessitar de cuidados hospitalares por um período mais prolongado, este é transferido para o Hospital de Mislata que fornece cuidados continuados. Esta transferência permite não só uma maior e melhor prestação de cuidados associado a um custo inferior, como permite a disponibilização da prestação de cuidados agudos a outro doente mais rapidamente.



Figura 10 - Modelo Manises: a integração de diferentes níveis de prestação de cuidados

Uma das grandes vantagens desta abordagem é que os doentes são seguidos onde é mais apropriado, o que evita a utilização de serviços especializados ou agudos, geralmente mais dispendiosos. Neste modelo, os profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados trabalham lado a lado e decidem juntos onde a prestação de cuidados deve ser realizada.

O modelo Manises oferece aos doentes uma prestação de serviços de saúde de alta qualidade e uma maior hipótese de escolha. Do lado da tutela, oferece uma maior eficiência, maior investimento em infraestruturas de saúde, maior previsibilidade orçamental e custos mais baixos, garantindo um futuro sustentável a longo prazo.



Os casos de estudo mostraram-se de enorme relevância para a discussão da sustentabilidade do sistema de saúde português. Desta sessão resultaram as seguintes recomendações:

- » A sustentabilidade resulta da reorganização dos modelos da integração de cuidados e da promoção da eficiência das instituições. Por sua vez, as poupanças e sustentabilidade financeira são o resultado desta reorganização;
- » Desenvolver *checklists* de alta hospitalar que incluam tanto uma vertente clínica como não clínica e considere a educação e partilha de informação com o doente como forma de assegurar a estandardização dos cuidados prestados e o aumento da literacia em saúde;
- » Garantir uma articulação pós alta hospitalar do doente com os cuidados de saúde primários, farmácia comunitária e outros serviços sociais como forma de acompanhar e prevenir agudizações que se possam traduzir em reinternamentos;
- » Implementar a comunicação e partilha de informação entre as diferentes instituições através da criação de sistemas integrados;
- » Desenvolver de uma rede de apoio social colaborativa composta por profissionais de saúde, associações de doentes, ONG, autarquias, entre outros é importante para garantir a gestão da doença na comunidade;
- » Proceder ao levantamento, a nível local, das necessidades da população como forma de adequar a rede de serviços de apoio na saúde, melhorar a tipologia de cuidados bem como a qualidade percecionada pelos doentes;
- » A idealização do futuro da saúde em Portugal através de um pacto centrado no cidadão e resultante da colaboração de diversos ministérios, é fundamental para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.



## FASE 3 – DESENVOLVIMENTO DOS PROJECTOS-PILOTO

As sessões de trabalho sobre o Acesso, Resultados e Sustentabilidade mostraram-se de enorme importância na identificação de soluções e na discussão de potenciais iniciativas que se traduzissem na criação de valor para o doente, para os profissionais e para o sistema de saúde.

Destas sessões de trabalho resultaram 90 iniciativas que foram agrupadas em quatro dimensões utilizadas na estruturação dos projetos-piloto.



*Figura 11 - Dimensões resultantes da discussão de soluções*

### RESULTADOS EM SAÚDE

Medição de resultados clínicos centrados no doente como forma de obter uma visão holística dos cuidados prestados, garantindo a melhoria contínua dos serviços de saúde e da excelência clínica e possibilitando a avaliação dos serviços e o alinhamento com a estratégia para a saúde.

### INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Integração dos cuidados primários, secundários e continuados como forma de promover a eficiência do sistema de saúde através do estabelecimento de estratégias e objetivos comuns aos diferentes níveis de prestação.

### GESTÃO DA DOENÇA

Aumento da responsabilização do doente na gestão da sua doença garantindo a continuidade do acompanhamento prestado pelo SNS na comunidade através da educação para a saúde e da colaboração de prestadores, cuidadores, farmácias, autarquias, IPSS e demais associações.

## PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção de uma maior educação, responsabilização e participação dos doentes pelos diferentes profissionais de saúde de forma a garantir a prevenção da doença, a promoção de um estilo de vida saudável e a correta utilização dos serviços de saúde.

## PROJETO-PILOTO FAROL

Implementação de um modelo de financiamento baseado na medição de indicadores clínicos e não clínicos e na gestão integrada da doença no tratamento do Cancro do Pulmão no IPO do Porto.

O projeto-piloto a desenvolver no IPO Porto tem como objetivo a implementação de um modelo de financiamento focado não apenas em atividade, mas com incentivos associados à qualidade assistencial.

No desenvolvimento deste projeto-piloto a medição de resultados em saúde é essencial, bem como a identificação dos custos associados a esta prestação de cuidados de qualidade. Para isso, e sendo que o IPO Porto tinha sido já selecionado para integrar o estudo internacional *Improving Value in Cancer Care*, o projeto-piloto será focado numa única patologia (Cancro do Pulmão) e na medição do valor criado para os doentes. Para tal foram desenvolvidas duas iniciativas.

## INICIATIVA A – MEDIÇÃO DOS RESULTADOS EM SAÚDE

Para a implementação da medição dos resultados em saúde serão fundamentais as seguintes etapas:



### DEFINIÇÃO DO PERCURSO DO DOENTE

A primeira fase desta iniciativa pretende identificar todas as atividades e todos os pontos de contacto do doente de Cancro do Pulmão com o hospital, assegurando assim a definição do percurso mais eficiente e mais adequado ao doente com esta patologia.

Para tal será mapeado o percurso atual do doente ao longo das diferentes fases da doença (diagnóstico, tratamento e acompanhamento no hospital). Ouvindo todos os intervenientes neste processo (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, doentes, entre outros) será possível determinar quais os pontos críticos que

devem ser melhorados para assegurar um percurso mais eficiente. Adicionalmente, serão identificadas as melhores práticas a nível internacional na gestão de um doente com Cancro do Pulmão.

Combinando o mapeamento atual, os pontos de melhoria e as melhores práticas internacionais será mapeado o percurso futuro e ideal do doente com Cancro do Pulmão no IPO Porto. Por fim, comparando o percurso atual com o ideal será possível identificar as lacunas e definir quais as alterações processuais a implementar de modo a atingir o percurso pretendido.

## IMPLEMENTAÇÃO DO *STANDARD SET*

Para o Cancro do Pulmão existe já um *standard set* de indicadores definidos pelo ICHOM, que resultam do consenso de vários peritos nesta área e do envolvimento dos doentes. Este *standard set* será revisto para assegurar a sua adequabilidade e serão definidos em que momentos do percurso do doente e com que frequência devem ser medidos.

## IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA TIME-DRIVEN ACTIVITY BASED COSTING

Para a medição do custo com a prestação dos cuidados de saúde será adotada a metodologia *Time-Driven Activity Based Costing (TDABC)*. Esta metodologia, para além de contabilizar o custo com os profissionais e consumíveis, contabiliza o tempo despendido em cada uma das atividades para cálculo do custo global, permitindo uma medição mais correta do custo efetivo de cada atividade do percurso do doente.

## COMPARAÇÃO INTERNACIONAL

A utilização de critérios *standard* para a medição de qualidade e de uma metodologia comprovada para o cálculo do custo permitirá comparar o valor criado para o doente com Cancro do Pulmão no IPO Porto e nas outras instituições de saúde participantes no projeto *Improving Value in Cancer Care*.

## INICIATIVA B – IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CHECKLIST DE ALTA SOCIAL

Uma vez que não são verificadas transversalmente as condições sociais do doente no momento de alta médica, muitos destes abandonam as instalações do Serviço Nacional de Saúde sem estarem garantidas as condições necessárias ao seu regresso à comunidade. Esta situação origina um número elevado de internamentos por causas evitáveis, reinternamentos desnecessários e o uso excessivo dos serviços de urgência.

No IPO Porto existe já uma equipa de assistentes sociais que se dedica a garantir que o doente tem as melhores condições para regressar à comunidade após um internamento. O objetivo passa por garantir a uniformização deste processo, através do desenvolvimento de uma *checklist* com critérios clínicos e não clínicos (apoio familiar ou social, rendimento, condições domiciliárias, entre outras). Deste modo garante-se a reintegração do doente na sociedade e a continuação de prestação de cuidados fora das instituições hospitalares – assegurando o melhor acompanhamento possível ao doente e evitando custos desnecessários para o sistema.

No curto prazo, este projeto-piloto permitirá comparar o custo real com o preço compreensivo atribuído pela ACSS. No entanto, esta iniciativa permitirá lançar as fundações para uma futura implementação do modelo de *Value-Based Healthcare* em Portugal, sistematizando a medição de resultados em saúde com vista à avaliação da qualidade dos serviços prestados, bem como do custo real de cada intervenção. Deste modo será possível comparar as diferentes instituições de saúde quanto à qualidade dos serviços prestados, descriminando positivamente e com incentivos financeiros as instituições de maior qualidade.

## PROJETO-PILOTO POLARIS

**Implementação de um modelo de financiamento de base populacional focado na integração de cuidados e na prevenção e promoção da saúde na área de afetação do CH de Trás-os-Montes e Alto Douro.**

O projeto-piloto a desenvolver no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro tem como objetivo a implementação de um modelo de financiamento de base populacional focado na Integração de Cuidados e na Prevenção e Promoção da Saúde.

Para o desenvolvimento deste projeto-piloto foram selecionadas quatro iniciativas sugeridas pelo painel de especialistas nas sessões de trabalho, aquando a discussão do modelo de financiamento.





## INICIATIVA A – UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A primeira iniciativa pretende implementar um programa de acompanhamento de utilizadores frequentes do serviço de urgência.

Para tal, serão identificadas as principais causas de acesso às urgências, definidos planos de saúde especializados para a população-alvo e monitorizados os doentes através da colaboração entre os Cuidados de Saúde Primários e Secundários.

Com esta iniciativa pretende-se garantir uma diminuição da atividade de urgência não justificada, uma redução de custos para o sistema de saúde e a obtenção de ganhos em saúde para o doente.

## INICIATIVA B – UTILIZADORES CRÓNICOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Esta iniciativa pretende a implementação de um programa direcionado para doentes crónicos multipatologia com participação dos Cuidados de Saúde Primários e igualmente destinada à redução de atividade não justificada ao nível do serviço de urgência e de internamentos evitáveis por agudização da doença.

Neste processo, serão selecionadas as doenças crónicas com maior representatividade no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Serão desenvolvidas ações conjuntas entre os diferentes prestadores de cuidados, de forma a garantir que o doente é acompanhado no local mais apropriado à sua condição.

À semelhança da iniciativa anterior, pretende-se garantir uma diminuição da atividade de urgência não justificada por um maior acompanhamento do doente, uma redução de custos para o sistema de saúde e a obtenção de ganhos em saúde para o doente.

## INICIATIVA C – CHECKLIST DE ALTA SOCIAL

A iniciativa *checklist* de alta social pretende garantir que o doente apresenta as condições necessárias para o seu regresso à comunidade. Esta iniciativa foi explorada no âmbito do projeto-piloto FAROL a implementar no IPO do Porto.

Com esta iniciativa pretende-se complementar o trabalho de Prevenção e Promoção da Saúde e Integração de Cuidados encetadas pelas iniciativas anteriores.

## INICIATIVA D – IDENTIFICAÇÃO DOS CUSTOS DE ESTRUTURA

Os grupos de estrutura são determinados pela ACSS em função de fatores como o grau de intensidade tecnológica, a diferenciação técnica ou a especialização dos colaboradores de um hospital. Estes fatores, por sua vez, não são considerados pelo ajustamento do *casemix*, o que pode explicar as diferenças nos custos e determinar a existência das verbas de convergência.

A identificação dos custos de estrutura do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes permitirá implementar um sistema de pagamento que descrimine os custos fixos dos custos de atividade tendo por base os valores

reais da instituição. Para tal, serão analisados os custos e proveitos do centro hospitalar e caracterizados em função da sua aplicação.

Este piloto permitirá introduzir um conjunto de iniciativas relativas à integração de cuidados e à prevenção e promoção da saúde, relevantes para uma gestão coordenada entre Cuidados de Saúde Primários e Secundários. Desta forma pretende-se que o doente seja tratado no local mais adequado às suas necessidades, originando ganhos para os doentes, para os profissionais e para as instituições, e para o Serviço Nacional de Saúde.

Uma maior integração de cuidados possibilitará a reorientação do percurso dos doentes dentro das instituições do Serviço Nacional de Saúde, fundamental para garantir o acesso correto e racional aos cuidados de saúde. A adequação do acesso terá impacto na governação das instituições, pois será possível uma maior articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, que conduzirá a uma redução da atividade não justificada, à obtenção de ganhos pela organização e à redução de custos operacionais.

Estas iniciativas permitirão estar mais próximo do cidadão, contribuindo para o aumento da literacia em saúde, avaliando a sua satisfação com os cuidados prestados e reforçando o papel da comunidade no suporte ao doente.

Paralelamente, a identificação dos custos de estrutura permitirá diferenciar os custos dependentes da organização e infraestrutura da instituição dos relativos à atividade, possibilitando a determinação do valor de capitação adequado à população desta área de influência. Será assim possível testar um modelo de financiamento sombra comparando o sistema atual baseado em atividade com um modelo por capitação.



## NOTAS FINAIS

---

No âmbito do **3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro** iniciou-se uma caminhada que data a junho de 2017. Desde então, e partindo do contexto atual do financiamento em Portugal, seguiu-se a identificação de práticas nacionais e internacionais, que, pela sua relevância, se tornassem importantes transportar para o contexto português.

Os meses que se seguiram sentaram à mesa peritos de diferentes áreas da saúde que puderam contribuir para o levantamento de distintas e complementares soluções aos desafios que afetam o sistema de saúde português.

Desta discussão resultaram dez recomendações que apresentam um papel essencial para a melhoria do modelo de organização e de financiamento do Serviço Nacional de Saúde.

Noventa iniciativas com diferentes âmbitos de intervenção são também resultado desta discussão, encontrando-se descritas nas próximas páginas deste documento. Parte destas iniciativas são a base dos projetos-piloto a implementar, permanecendo as restantes disponíveis para aplicação por qualquer unidade de prestação de cuidados de saúde do sistema português.

Dois projetos-piloto foram estruturados e entram agora na sua fase de implementação. Estes materializam o objetivo de avaliar diferentes modelos de organização e financiamento com impacto ao nível do acesso, dos resultados em saúde e da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.







Estes projetos-piloto encontram-se alinhados com os objetivos estratégicos definidos pela tutela para o setor e pretende-se que o seu sucesso seja o passo que antecede a sua aplicação às restantes instituições do sistema de saúde português.

**3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro** é o resultado da colaboração de diferentes especialistas e entidades do setor, acreditando que apenas com um olhar atento sobre a saúde e um forte compromisso entre todas as partes se voltará a tornar a saúde uma prioridade.

## INICIATIVAS




As iniciativas apresentadas resultaram das sessões de trabalho realizadas no âmbito do **3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro**, onde foram identificadas e discutidas soluções ao contexto de financiamento atual da saúde em Portugal, que possibilitem reduzir o desperdício e promover a inovação.

Legenda:

NÍVEL DE ATUAÇÃO			TEMPO DE IMPLEMENTAÇÃO		
Central	Regional	Hospital	Curto	Médio	Longo
					

## GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA

### CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- » Desenvolvimento de um papel mais ativo dos Cuidados de Saúde Primários na gestão dos doentes, na prevenção da doença e na promoção da saúde 
- » Capacitação dos Cuidados de Saúde Primários de ferramentas e meios que permitam aumentar a abrangência de procedimentos clínicos praticados de forma a tornar os Cuidados de Saúde Primários a referência da população para a entrada na rede de cuidados de saúde 
- » Adequação dos horários dos Cuidados de Saúde Primários a nível regional de modo a ir de encontro às necessidades da população local 

## INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

» Definição de estratégias e objetivos comuns aos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários que permitam tornar o doente a unidade-resultado do sistema de saúde	
» Maior autonomia na gestão, organização, decisão e partilha de recursos entre os diferentes níveis de cuidados com impacto no acompanhamento dos doentes crónicos e no desenvolvimento dos cuidados continuados	
» Desenvolvimento da rede de referência entre os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários que permita agilizar a comunicação entre níveis de cuidados	
» Desenvolvimento de projetos conjuntos que fomente a relação entre os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários	
» Redefinição do percurso dos doentes hospitalares, de forma a garantir que o percurso se inicia e termina nos Cuidados de Saúde Primários	

## ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

» Definição de ferramentas que permitam reduzir a atividade de urgência não justificada	
» Criação de bolsas de profissionais de saúde que possibilitem a prestação de cuidados a quem mais necessite independentemente do local de prestação, garantindo um maior acesso de cuidados de saúde à população	
» Desenvolvimento de uma linha do Serviço Nacional de Saúde para médicos e enfermeiros de família com o intuito de esclarecer questões adicionais	
» Desenvolvimento de mecanismos que permitam e facilitem uma escolha livre e pensada por parte dos cidadãos aos cuidados de saúde	
» Dispensa de medicamentos a doentes nas suas áreas de residência como forma de facilitar o acesso à terapêutica em situações especiais	
» Planeamento regional dos cuidados de saúde prestados de acordo com as necessidades da população, através da articulação dos diferentes níveis de cuidados de saúde	

## COLABORAÇÃO




» Desenvolvimento de uma rede de apoio social através de uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais de saúde, cuidadores informais, associações de doentes, instituições de solidariedade social e autarquias que garantam o acompanhamento do doente na comunidade	
» Levantamento a nível local das necessidades da população em conjunto com associações de doentes, instituições de solidariedade social e autarquias de forma a adequar os serviços de saúde quanto ao tipo e qualidade dos cuidados prestados	
» Interligação dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Secundários e farmácias numa interface que permita monitorizar os doentes das áreas de influência que obtiveram alta hospitalar e que possibilite a partilha de informação clínica essencial para a gestão da doença	
» Criação de equipas multidisciplinares constituídas por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Secundários e farmácias que permitam acompanhar a evolução da doença na comunidade, no qual o Médico Geral e de Família tem um papel preponderante nesta gestão	
» Criação de uma rede destinada à articulação do transporte de doentes em áreas não abrangidas pelo Sistema de Gestão de Transporte de Doentes	
» Criação de uma rede que articule a hospitalização domiciliária e a comunicação entre diferentes instituições	
» Desenvolvimento de <i>checklists</i> de alta hospitalar contemplando parâmetros clínicos e não clínicos, que inclua a partilha de informação com o doente, a articulação com os Cuidados de Saúde Primários, farmácias e outros serviços sociais de forma a garantir o acompanhamento do doente e prevenir reinternamentos	

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### LITERACIA









» Realização de inquéritos de modo a perceber a opinião da população acerca do Serviço Nacional de Saúde	
» Reforço da importância do investimento em saúde como mecanismo de prevenir a doença da população em detrimento da saúde como fonte de despesa	
» Promoção de uma maior envolvimento do cidadão na definição da política de saúde e no co-desenho dos modelos de prestação de cuidados	
» Definição de uma estratégia nacional para o desenvolvimento e implementação de programas educativos para a população no âmbito da prevenção e responsabilização em saúde	
» Desenvolvimento do papel dos profissionais de saúde no aumento da literacia em saúde da população	
» Educação da população quanto à prevenção e gestão da doença e o funcionamento da rede de cuidados de saúde	
» Clarificação da população quanto à importância dos registos clínicos e a sua contribuição para a melhoria da prática clínica e do sistema de saúde	
» Profissionalização das campanhas de prevenção em saúde	
» Promoção de bons hábitos de saúde junto da população	
» Partilhar informação numa linguagem apropriada à população de forma a garantir a compreensão dos resultados	
» Desenvolver programas de incentivo à prevenção da doença e ganhos de eficiência	
» Formação dos assistentes administrativos de modo a garantir uma melhor experiência ao doente, colaborar na literacia do doente, promover a prevenção primária e secundária e a garantir um maior apoio no seio da equipa de saúde	

## DOENTE COMO DECISOR

» Promoção do preenchimento de questionários de satisfação e opinião aos doentes, realizado em momentos de espera para consulta ou durante o internamento	
» Reunião com voluntários de instituições hospitalares de forma a compreender o percurso dos doentes, as componentes que estes mais valorizam e os pontos de melhoria	
» Promoção da partilha de opinião dos doentes e seus cuidadores de forma a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através com da identificação das suas necessidades e resolução dos seus problemas	

## INFORMATIZAÇÃO









### SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

» Desenvolvimento de soluções e-Health com o objetivo de proporcionar um maior conforto para o doente, através de uma monitorização do estado de saúde do doente mais facilitada e da aceleração de processos burocráticos	
» Criação de um repositório nacional de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, de forma a evitar a duplicação de exames e facilitar a partilha de informação entre prestadores de cuidados	
» Integração automática dos dados clínicos dos doentes no seu registo individual de modo a garantir o atempado, adequado e completo historial clínico	
» Melhoria dos meios de comunicação de forma a tornar possível o contacto entre os profissionais de saúde e os doentes bem como entre os profissionais intra e inter-instituição	
» Integração das bases de dados atualmente existentes e dispersas pelos diferentes prestadores, garantindo a correta anonimização dos doentes	
» Uniformização dos sistemas de informação intra e inter-instituição	
» Desenvolvimento de sistemas integrados de forma a aumentar a comunicação e partilha de informação entre as diferentes instituições e profissionais	
» Reforço à maior utilização das ferramentas de telemedicina que permitam alcançar mais cidadãos	






## REGISTOS E RESULTADOS

### MEDIÇÃO DE REGISTOS

» Desenvolvimento de ferramentas que possibilitem tornar o doente a unidade-resultado do sistema de saúde	
» Desenvolvimento de registos integrados centrados no doente e não na patologia ou local da prestação de cuidados como forma de obter uma visão holística dos cuidados prestados	
» Simplificação do processo de medição de resultados, a sua comunicação aos profissionais de saúde e o seu preenchimento	
» Promoção do cumprimento do processo de medição de resultados, através da inclusão desta matéria nos indicadores de desempenho da instituição e na implementação de incentivos	
» Inclusão do cumprimento do processo de medição de resultados na avaliação dos médicos	
» Criação de um secretariado de apoio à medição de resultados como forma de garantir o cumprimento de todas as etapas do processo	
» Auditoria regular e aleatória aos dados recolhidos e ação em conformidade	
» Criação de ferramentas que permitem implementar uma responsabilização individual e institucional nos registos e na medição de resultados	

### BENCHMARKING INSTITUCIONAL

» Transparência na partilha e comparação de dados clínicos e de gestão, de modo a incentivar a competitividade e a qualidade dos cuidados prestados entre instituições	
» Disponibilização dos registos de saúde eletrónicos a nível nacional	
» Disponibilização da informação sobre o desempenho das instituições aos utentes e público geral	

## PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 
- » Garantia de melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde como forma de aumentar a motivação destes numa melhoria da qualidade assistencial e desempenho das instituições



- 
- » Promoção da implementação de soluções pelos profissionais de saúde, de forma a combater a desmotivação e ou a descrença destes profissionais no sistema de saúde



- 
- » Promoção da investigação científica e clínica através da criação de bases de dados completas e multicêntricas e da introdução desta componente na avaliação e progressão de carreira dos profissionais de saúde



- 
- » Incitamento à meritocracia entre os profissionais de saúde como forma de garantir uma maior justiça nos serviços públicos de saúde e uma maior motivação destes profissionais
- 



## GESTÃO HOSPITALAR

### MODELO DE FINANCIAMENTO

---

» Desenvolvimento de um modelo de financiamento partilhado entre os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários de base populacional



---

» Desenvolvimento de ferramentas que permitem incluir a experiência do utente no modelo de financiamento da saúde



---

» Definição de prioridades de intervenção tendo por base os recursos disponíveis



---

» Adequação dos modelos de financiamento à evolução das necessidades da população: um doente com necessidades crescentes de acompanhamento das suas doenças crónicas e com uma maior necessidade de cuidados continuados



---

» Implementação de um orçamento real e adaptado às necessidades do Serviço Nacional de Saúde, de forma a evitar os repetidos subsídios (extra)ordinários, que, em muitas instituições, não são suficientes para fazer face às necessidades iniciais orçamentadas



---

» Implementação de um modelo misto de financiamento que garanta a cobertura dos cuidados de saúde prestados em cada instituição e que valorize os bons resultados em saúde, com discriminação positiva das melhores instituições como forma de incentivo à melhoria contínua dos serviços de saúde




---







» Reforço à maior aplicação de modelos de incentivos no modelo de financiamento



## GESTÃO





» Instituição de uma maior autonomia e responsabilidade de gestão nas instituições prestadoras de cuidados de saúde	
» Desenvolvimento de competências a nível dos profissionais e gestores da saúde de modo a garantir uma melhor gestão dos orçamentos dos hospitais	
» Consolidação de uma maior confiança e transparência entre todos os interlocutores da área da saúde, como forma de garantir a verdadeira perceção dos recursos disponíveis e o cumprimento adequada dos tempos processuais	
» Adoção de uma gestão hospitalar e prestação de cuidados de saúde menos dependente de decisões e processos administrativos, optando-se, como por exemplo, pelo estabelecimento de contratos plurianuais	
» Reconhecimento da instituição e dos seus profissionais no atingimento dos resultados esperados, através da implementação de incentivos financeiros para ambas as partes	
» Implementar um modelo de prestação de cuidados de saúde baseado na evidência em detrimento do exercício com base na prática clínica	
» Diminuição dos desperdícios organizacionais e operacionais gerados pelo atual modelo de prestação de cuidados, melhorando as ineficiências dos processos transversalmente entre os prestadores	
» Incentivo à identificação e implementação das melhores práticas de cada instituição, de forma a utilizar os melhores exemplos da rede de prestação de cuidados e expandir a todo o território nacional	
» Capacitação da gestão hospitalar de ferramentas que possibilitem a melhoria da cultura organizacional das instituições de saúde	
» Capacitação das instituições dos recursos humanos, infraestruturais e de equipamentos adequados para responder às suas necessidades	
» Incitamento à utilização de ferramentas que permitem a comunicação interna e o alinhamento estratégico com toda a organização	
» Melhoria da comunicação entre a administração hospitalar e os respetivos serviços de saúde hospitalares, com o objetivo de partilha bidirecional de soluções	

## AUDITORIAS E AVALIAÇÃO

» Revisão dos indicadores de qualidade existentes nos contrato-programa com enfoque no desenvolvimento de indicadores baseados em resultado	
» Avaliação dos modelos de cuidados de saúde previamente implementados, como as Unidades de Saúde Familiares Modelo B e as Unidades Locais de Saúde, de modo a compreender o impacto desta alteração da rede de cuidados de saúde	
» Alteração do modelo de avaliação das instituições de saúde com implementação destes resultados no modelo de financiamento das instituições	
» Elaboração de planos de melhoria contínua a nível hospitalar, com monitorização da sua implementação e auditorias regulares	
» Realização de auditorias clínicas para garantir a standardização da prestação de cuidados e a melhoria de processos com a referência das melhores práticas para adequação e implementação nas restantes instituições do sistema de saúde	
» Desenvolvimento de um plano melhoria continua do Serviço Nacional de Saúde	

## SISTEMA DE SAÚDE

### TUTELA

» Incentivo a uma maior articulação e relação de confiança entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças de forma a trazer à saúde o investimento e a tranquilidade necessária	
» Criação de um pacto a longo prazo para a saúde com a colaboração dos diferentes ministérios na definição da estratégia para a saúde e nos objetivos a atingir	
» Promoção de uma maior comunicação entre todos os parceiros e intervenientes identificar de potenciais alterações nas políticas económicas, laborais, sociais e assistenciais e que permitam trazer maior valor para a saúde	
» Profissionalização da inovação do Serviço Nacional de Saúde através da criação de uma Agência para a Inovação na Saúde com a responsabilidade de identificar, partilhar e implementar as melhores práticas e suportar as unidades de saúde na implementação de conceitos inovadores	

## POLÍTICA DO MEDICAMENTO

---

- » Implementação de processos que permitam diferenciar a inovação terapêutica de valor acrescentado para o doente e para o sistema de saúde, da inovação com residual ou nulo impacto na vida dos doentes



- » Regulamentação da prescrição de medicamentos biológicos na prática privada de modo a existir uma maior equidade na prestação dos serviços de saúde e no acesso da população



## BIBLIOGRAFIA

---

1. PORDATA. Despesa corrente em cuidados de saúde. 2018. <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde-3010>.
2. PORDATA. Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB. 2018. <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde+em+percentagem+do+PIB-610>.
3. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Health spending - Total, % of GDP, 2017 or latest available. 2018. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
4. PORDATA. Despesa corrente em cuidados de saúde per capita. 2018. <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde+per+capita-609>.
5. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Pharmaceutical spending - Total, % of health spending 2017 or latest available. Health expenditure and financing: per capita, current prices. 2018. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>.
6. PORDATA. Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador. 2018. <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
7. Health Systems in Transition. Portugal - Health System Review. 2017.
8. MJ Faber; JS Burgers; GP Westert. A Sustainable Primary Care System: Lessons from the Netherlands. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2012;35(3):174-181.
9. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2017. 2018.
10. E Franssen; P Giesen; HGA Mokkink; W Bosch; A Vugt; RPTM Grol. Medische zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp? *Huisarts en Wetenschap*. 2007;5:202:206.
11. Nijmegen/Utrecht: IQ Healthcare UMC St. Radboud Nijmegen / Vereniging Huisartsenposten Nederland. Samenwerking huisartsenposten en spoedeisende hulp (SEH). Inventarisatie van huidige situatie. 2010.
12. Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen & KPMG. De basisspoedzorg: hoe het anders kan. 2012. <http://www.vphuisartsen.nl/wordpress/wp-content/uploads/2014/01/20121130-Rapportage-basis-spoedeisende-zorg.pdf>.
13. The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare. Swedish National Quality Registries and Their Contribution to the Best Possible Care for Patients. 2016. [http://aws-cdn.internationalforum.bmj.com/pdfs/2016\\_G2.pdf](http://aws-cdn.internationalforum.bmj.com/pdfs/2016_G2.pdf).
14. BCG. From concept to reality - Putting Value based healthcare into practice in Sweden. 2010. <https://www.bcg.com/documents/file64538.pdf>.
15. L Emilsson; B Lindahl; M Köster; M Lambe; JF Ludvigsson. Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*. 2015;277(1):94-136.
16. Agenzia Italiana del Farmaco. Lista aggiornata dei Registri e dei Piani Terapeutici web based. 2018. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/lista-aggiornata-dei-registri-e-dei-piani-terapeutici-web-based>
17. Agenzia Italiana del Farmaco. Registri Farmaci sottoposti a Monitoraggio. 2018. <http://www.aifa.gov.it/content/registri-farmaci-sottoposti-monitoraggio>.
18. S Montilla; E Xoxi; P Russo; A Cicchetti; L Pani. Monitoring registries at Italian medicines agency: Fostering access, guaranteeing sustainability. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2015;31(4):210-213.
19. C Jommi in Fórum do Medicamento. A partilha de riscos na promoção de ganhos em saúde. 2017. [https://apah.pt/wp-content/uploads/2017/11/FM-2017\\_-Claudio-Jommi.pdf](https://apah.pt/wp-content/uploads/2017/11/FM-2017_-Claudio-Jommi.pdf)
20. The Commonwealth Fund. Sweden's Esther Model: Improving Care for Elderly Patients with Complex Needs. 2016. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-09/1901\\_Gray\\_Esther\\_case\\_study\\_v3.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-09/1901_Gray_Esther_case_study_v3.pdf)
21. Duke University's Robert J. Margolis, MD, Center for Health Policy. Case Study: Gesundes Kinzigtal, Germany - Accountable Care in Practice: Global Perspectives. 2017. [https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/germany\\_25jan2017.pdf](https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/germany_25jan2017.pdf)
22. BUPA. Making quality healthcare affordable and accessible - the Manises integrated healthcare model. 2014. [https://www.dhhs.tas.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/186522/BUPA\\_-\\_Attachment.pdf](https://www.dhhs.tas.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/186522/BUPA_-_Attachment.pdf).



