



Plano Nacional de Saúde
2011-2016



Alto Comissariado
da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016

CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES
AGENDA DE INVESTIGAÇÃO

Autores:
Ana Escoval e Adalberto Campos Fernandes (coordenação);
Tânia Tercitano Matos e Ana Tito Lívio Santos (ENSP-UNL)

NOVEMBRO 2010

CONTRATUALIZAÇÃO

MODELO DE ANÁLISE

A Contratualização que tem subjacente a ideia de separação entre o financiador público (que explicita o que pretende financiar em termos das necessidades e preferências do cidadão e negocia os termos em que aquelas serão realizadas) e prestador público e/ou privado (que as realiza), constitui uma tendência generalizada nos países desenvolvidos e um tema fulcral nas reformas de saúde centradas no cidadão.

Revelando-se como um instrumento essencial para uma melhor afectação dos recursos financeiros aos prestadores, a contratualização parece induzir uma maior responsabilização, transparência e desempenho do sector, concretizando, ainda, conceptualmente, um elemento central na regulação do sistema de saúde.

A evidência sugere, ainda, que contratualização constitui um poderoso mecanismo para obtenção dos objectivos de financiamento da saúde, dado que, por exemplo, as estratégias de aquisição de cuidados de saúde podem melhorar a equidade, compensando os prestadores de forma adequada para tratar doentes com custos mais elevados, atingir uma melhor qualidade na prestação, introduzindo contrapartidas financeiras para as melhores práticas e resultados de excelência, e criar incentivos para os prestadores mais eficientes.

Mais do que isso, tende a ser vista como um factor crítico para fazer face a ineficiências estruturais do sistema e modernização das práticas clínicas, conduzindo e motivando uma força de trabalho que, historicamente, não foi recompensada pelo desempenho.

Adoptado no nosso país há já alguns anos, principalmente no contexto hospitalar, é de notar uma ausência clara de avaliação deste instrumento, pelo que futuros desenvolvimentos sugerem avaliações rigorosas ao processo de contratualização para determinar o grau de eficiência e efectividade na obtenção de resultados em saúde.

A resposta às questões - *Os fundos estão a ser distribuídos de forma eficiente? O sistema aproxima-se da concretização de outputs e outcomes, ao invés de atender, apenas, aos custos? Os métodos de distribuição de recursos contribuem para reduzir as iniquidades em saúde?* - constituem alguns dos aspectos a considerar.

Para além disso, impõe-se compreender se o processo de contratualização contribuiu para:

- O aumento do inter-conhecimento e inter-relação entre os vários actores da prestação de cuidados de saúde (prestadores públicos e responsáveis pela definição das políticas);

- A responsabilização e participação dos cidadãos através do aumento da sua capacidade de inter-conhecimento e inter-relação com os vários actores da prestação de cuidados de saúde (prestadores públicos e responsáveis pela definição das políticas);
- O melhor conhecimento dos problemas, em resultado da integração de várias perspectivas: produção; económica; financeira;
- Melhor informação para a tomada de decisão independentemente do seu nível (accountability): Descentralização do papel do estado e capacitação dos cidadãos; Uma abordagem mais integrada das necessidades de cuidados de saúde e da prestação de cuidados para satisfazer essas necessidades;
- O aumento da equidade e da distribuição eficiente dos recursos sob o ponto de vista económico, da justiça social e dos ganhos em saúde.

Entende-se, pois, que uma avaliação do modelo de contratualização é fundamental para realizar um balanço das políticas empreendidas, constituindo-se ainda um instrumento útil de comparação e de progresso, nomeadamente, através da análise do actual sistema de contratualização face à sustentabilidade financeira, em função das necessidades de cuidados e dos objectivos de *"promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades"* e perspectivando-o em função dos níveis de funcionalidade/necessidades de cuidados.

CRONOGRAMA

Para a concretização desta linha de investigação, entendemos necessário a contratação de uma universidade que, em articulação com a ACSS facultará o acesso à base de dados do SICA e com as ARS e DGS, permitirá o desenvolvimento deste modelo em, aproximadamente, 36 meses.

MODELOS DE FINANCIAMENTO

HOSPITAIS

Os modelos de financiamento dos hospitais nos países da União Europeia têm vindo a sofrer alterações significativas, assistindo-se a uma clara mudança de sistemas de financiamento retrospectivos para o estabelecimento de orçamentos prospectivos. Assim, verificamos uma transição de modelos baseados no reembolso de custos históricos para modelos baseados em valores prospectivos, alguns deles acompanhados por um processo de contratualização mais ou menos explícito, como acontece em Portugal, cuja componente formalmente prospectiva é definida pelos GDH.

Apesar das evoluções sofridas, com recurso a métodos prospectivos, vários constrangimentos persistem no nosso país, entre os quais, o sub-financiamento e consequentes défices crónicos, limitações na gestão, falta de planeamento integrado, problemas de comunicação, utilização ineficiente dos recursos humanos e uma falta de confiança generalizada no sistema.

Acresce que os serviços hospitalares continuam a consumir a maioria dos recursos dos serviços de saúde comunitários e, por essa razão, necessitam de maiores desenvolvimentos, não apenas para garantir a sua sustentabilidade, mas também para promover melhorias significativas em termos de qualidade nos serviços que asseguram. Contudo, é também sobejamente referido que os hospitais não têm a capacidade de, por si sós, influenciarem o estado de saúde das comunidades, pelo que se exige, ainda, um conjunto de estratégias que potenciem uma maior coordenação entre serviços hospitalares e não hospitalares.

Definir claramente a natureza dos desafios que se impõe ao nível do desempenho hospitalar, identificar as fontes de fragmentação (técnicas e políticas) para reduzir ou mitigar os seus efeitos, e pensar uma estratégia efectiva para alinhar a prestação e o financiamento com os objectivos da política de saúde, são algumas das análises que actualmente se impõe efectuar.

Sabendo que os modelos de financiamento influenciam os comportamentos organizacionais e que se revelam um instrumento poderoso para modelar o Sistema de Saúde, sugere-se o estudo aprofundado dos modelos em curso no nosso país, que devem convergir para a eficiência e sustentabilidade, sem contudo colocar em causa a prestação de cuidados de excelência.

CRONOGRAMA

Para a concretização desta linha de investigação, entendemos necessário a contratação de uma universidade que, em articulação com o MS e com todos os organismos centrais, regionais e locais, permitirá o desenvolvimento participado do modelo mais adequado à realidade portuguesa, sendo expectável um período aproximado de 24 meses para a sua consecução.

MODALIDADES DE PAGAMENTO

CUSTEIO POR ACTIVIDADES

Actualmente, a maioria dos países debate-se com problemas de insuficiência de recursos para a saúde, associada ao crescimento das despesas, ao envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e às inovações tecnológicas.

Em Portugal, assiste-se a um crescimento contínuo da despesa com a saúde face ao PIB que, de acordo com os mais recentes dados da OCDE, representavam, em 2006, cerca de 9,9% do PIB, valor acima da média dos países desta organização que, em 2007, se situava nos 9% (OECD, 2009). Por outro lado, a despesa *per capita* atinge um valor inferior à média da OCDE.

Note-se que a análise das despesas de saúde é importante para se avaliar o esforço efectuado pelos Estados no campo da saúde com vista ao desenvolvimento económico e social.

Por outro lado, de acordo com uma auditoria desenvolvida pelo Tribunal de Contas datada de 2003, refere-se que "o desperdício de recursos financeiros no Serviço Nacional de Saúde atinge cerca de 25%". Para além das componentes dos recursos humanos e despesas com medicamentos, várias outras questões devem ser tomadas em consideração quando se fala em pontos críticos de "desperdício" como os exames complementares de diagnóstico em excesso e por vezes repetidos, bem como, ineficiências generalizadas fruto sobretudo de uma má gestão e coordenação.

Perante esta realidade, é importante reconhecer os benefícios resultantes da implementação de um sistema de custeio no sistema de saúde, dado que este permite, entre outros, um maior conhecimento das causas dos custos e das respectivas actividades, a melhorar os indicadores de desempenho e a afectar e utilizar os recursos de forma direccionada e controlada.

Ao nível hospitalar a afectação dos recursos financeiros impõe a existência de um sistema de custeio que identifique o custo por actividade. A aplicação deste constitui-se como fundamental para utilizar em complementaridade com o mecanismo de contratualização, uma vez que permite determinar com maior precisão os custos reais e possíveis desvios, realizar estudos de eficiência (custo/qualidade) e uma contratualização interna sustentada.

O Ministério da Saúde implementou, em 1998, um projecto de custeio baseado em actividades (ABC) no hospital do Barreiro, contudo, não lhe foi dada qualquer sequência. Em 2007, o mesmo processo foi retomado em cinco hospitais piloto do SNS, posteriormente, alargado a mais seis. Este projecto, num estudo preliminar, identificou, à semelhança de outras experiências internacionais, inúmeros benefícios e um elevado potencial para os hospitais e entidade pagadora. Por um lado, reconheceu-se que este sistema garante a transparência dos custos, permitindo o ajuste dos preços e uma consequente e mais rigorosa gestão e negociação de orçamentos. Por outro lado, possibilita o benchmarking dos custos a nível institucional. Embora este modelo, internacionalmente reconhecido, possua inúmeras vantagens, os elevados custos de implementação não permitiram a continuação do projecto, estando actualmente o seu estudo suspenso (Borges, et al. 2010).

Mostra-se assim, fundamental apostar no aprofundamento do estudo desta ferramenta, uma vez que contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde, garantindo o rigor e transparência dos processos de contratualização e de formulação de preços e a realização de estudos de benchmarking a nível institucional. Mais, ainda, atendendo ao actual momento de crise e à necessidade de um controlo dos gastos mais rigoroso e, sendo reconhecida a sua efectividade, a nível internacional e nacional, apresenta-se como uma linha de investigação à qual deve ser dada a devida continuidade.

CRONOGRAMA

Para a concretização desta linha de investigação, entendemos necessário a contratação de consultores externos, supervisionados por uma universidade que, em articulação com as ARS e com a ACSS, permitirá o desenvolvimento deste processo em, aproximadamente, 48 meses.

A prestação de cuidados de saúde contínua e integrada desempenha um papel cada vez mais importante nos esforços de reforma dos sistemas de saúde em todo o mundo. Os conceitos desenvolvidos nos EUA têm vindo a influenciar algumas das políticas actualmente em curso em vários países europeus, entre os quais, a gestão da doença.

Com efeito, a procura de mudanças e reformas neste sentido são, aparentemente, semelhantes entre as Nações. Motivações económicas, políticas e sócio-demográficas vieram alterar o paradigma de prestação cuidados de saúde, para além da tradicional abordagem de tratamento agudo, no sentido de obter uma visão holística do doente e enfatizando a optimização da saúde da população.

No cerne desta mudança encontra-se a transição do simples episódio de tratamento de doença aguda para a prestação de um *continuum* e coordenado conjunto de serviços que irá apoiar a cronicidade da doença e melhorar o estado de saúde das populações.

É sobejamente referido na evidência internacional que uma abordagem integrada e contínua determina cuidados de maior qualidade, a um custo inferior, ao mesmo tempo que promove a manutenção ou a melhoria da saúde e a satisfação dos seus destinatários. Consequentemente, os responsáveis políticos e demais stakeholders da saúde tem vindo a encetar esforços para criar e gerir sistemas de saúde que podem acomodar a prestação de serviços de cuidados coordenada, através de uma reforma dos cuidados de saúde de nível macro ou por meio de iniciativas ao nível de interacção médico-utente ou mesmo organizacional (meso).

Reforçando a importância desta temática, alguns dos projectos de investigação europeus actualmente em curso no âmbito do Programa de Saúde Pública da União Europeia – *EU Health Theme, 7th Framework Programme for Research* - da Comissão Europeia, nomeadamente o DISMEVAL Project, evidenciam a indispensabilidade de revisão das actuais abordagens sobre a doença crónica e a análise do contexto político da gestão integrada da doença crónica, bem como, reforçam a necessidade de proceder à avaliação das opções e métodos métricos aplicados na doença crónica nos países europeus, no sentido de identificar as melhores práticas e desenvolver recomendações para a doença crónica da doença para os decisores políticos e investigadores.

No mesmo âmbito, o projecto ACIEN tem como objectivo analisar e recolher a informação e projectar cenários futuros das necessidades nos cuidados de longa duração, revisão da utilização, qualidade e desempenho do sistema.

Monitorizar o desenvolvimento dos esforços associados a estas iniciativas nos diferentes países têm determinado o desenvolvimento de métodos de medição nesta área, exigindo-se, contudo, alguma consolidação face às abordagens em curso.

Contudo, numa área tão complexa como a prestação de cuidados de saúde não existem soluções *one size fits all*. É importante que os decisores optem por um conjunto de modelos complementares, estruturas e processos para criar um sistema integrado de saúde que atenda às necessidades da população em todo o *continuum* de cuidados. No entanto, para ter evidência disponível, é necessário

incluir uma avaliação rigorosa que sirva os propósitos de eficiência e sustentabilidade e que permitam uma melhor compreensão da eficácia e impacto da integração do sistema.

Uma potencial linha de investigação seria proceder a uma revisão sistemática dos métodos utilizados para medição da prestação de cuidados de saúde integrada e, atenta a realidade portuguesa, adaptar um modelo de análise que permita avaliar as medidas implementadas e as necessidades futuras, determinando um conjunto de recomendações para potenciar o desenvolvimento e introduzir melhorias tendentes à optimização da integração de cuidados no nosso país, devidamente apoiada em sistemas de informação que sustentem o fluxo de informação entre prestadores hospitalares e não hospitalares, com enfoque no cidadão.

Esta linha de investigação com impacto na sustentabilidade do SNS, identificaria, o que fica disponível e como fica disponível, a eficiência da articulação e a monitorização da interface entre os diferentes níveis de cuidados através de indicadores específicos, designadamente aqueles que se situem mais próximos dos ganhos de saúde.

CRONOGRAMA

Para a concretização desta linha de investigação, entendemos necessário a contratação de duas ou mais universidades que, em articulação com as ARS e com a ACSS, permitissem o desenvolvimento deste processo em, aproximadamente, 48 meses.

BENCHMARKING

O Benchmarking define-se como um instrumento que pode ajudar a explicar as diferenças do desempenho económico-financeiro entre os hospitais através de alavancas operacionais de gestão corrente, avaliar o potencial de melhoria de cada hospital em cada uma das principais áreas de actuação, bem como, identificar as melhores práticas e programas transversais que permitam capturar o potencial de melhoria identificado.

A normalização de indicadores de gestão da eficiência permite a comparabilidade e o benchmarking, todavia nos hospitais públicos as práticas de gestão oscilam entre a necessidade de eficiência a as pressões institucionais a nível político, legal, social e cultural. Este facto remove capacidade aos instrumentos de gestão e origina ineficiências e desperdícios no sistema de saúde.

A Joint Commission, responsável pela acreditação de mais de 15.000 organizações de prestação de cuidados de saúde no Estados Unidos da América define Benchmarking como "*Continuous measurement of a process, product, or service compared to those of the toughest competitor, to those considered industry leaders, or to similar activities in the organization in order to find and implement ways to improve it*" (Dugas, Eckholt, Bunzemeier, 2008).

O benchmarking desempenha, pois, um papel fundamental nos sistemas de informação de qualidade da prestação de cuidados, área de investigação relativamente recente, conferindo métodos para a investigação da gestão da informação da qualidade na prestação de cuidados e dos resultados clínicos.

Uma importante questão no benchmarking diz respeito à necessidade de uma definição adequada de indicadores de desempenho para as instituições hospitalares e disponibilização de informação sobre as melhores práticas como estratégia de desenvolvimento hospitalar, permitindo, em simultâneo, a adopção de uma cultura de avaliação tendente a potenciar elevados ganhos de qualidade e eficiência.

É sobejamente reconhecido que os hospitais devem adaptar-se às novas tendências, sendo, nessa medida, importante investigar a evidência científica internacional sobre as estratégias mais viáveis para melhorar o desempenho hospitalar e recorrer, complementarmente, ao benchmarking comparando experiências de outros países.

Atenta a importância deste instrumento, estão, actualmente, a ser desenvolvidas no âmbito do 7th Framework Programme for Research da Comissão Europeia alguns projectos de investigação, nomeadamente, o EuroHOPE – European Health care Outcomes performance an Efficiency, que apresenta como principal objectivo a avaliação de cinco problemas/doenças chave de saúde pública (enfarte do miocárdio, AVC, fractura da anca e crianças com baixo peso), bem como:

- Desenvolver métodos para medir resultados e custos dos cuidados de doenças específicas que podem ser utilizados para uma avaliação rotineira dos cuidados prestados ao longo de toda a cadeia de prestação;
- Promover métodos de medição da qualidade, acesso, resultados e custos para uma avaliação e monitorização do desempenho, recomendando, em simultâneo, uma lista de indicadores a serem recolhidos de modo rotineiro e publicados pela União Europeia;
- Desenvolver métodos que possibilitem comparações internacionais no âmbito da investigação dos serviços de saúde utilizando dados registados;
- Investigar a relação entre resultados (ou qualidade) com os custos (ou outras medidas de utilização dos recursos) entre os países, regiões europeias e prestadores, através de uma abordagem multivariada;
- Explorar a qualidade e custos do hospital de agudos nos países nórdicos;
- Implementar um benchmarking sobre os resultados, ao nível europeu, da qualidade e custos, os quais irão permitir aos decisores e profissionais de saúde, em diferentes níveis, aprender a partir das melhores práticas.

O ECHoutcome – European Consortium in Healthcare Outcomes and Cost- Benefit research - constitui uma plataforma europeia de investigação na área da avaliação de propriedades metodológicas de estudos custo-benefício e resultados em saúde. Este consórcio tem como objectivo principal a investigação da relação entre a qualidade dos cuidados com os custos, eficiência e acessibilidade, melhorar o conhecimento sobre as organizações dos sistemas de saúde e expectativas existentes ao nível dos resultados em saúde e abordagens de custos-benefício, bem como, desenvolver novas abordagens com vista a tomada de decisões informadas em saúde.

Um outro projecto designado por Managed Outcomes, igualmente integrado no âmbito do *Seventh Framework*, tem como principal objectivo estudar os sistemas de saúde na Europa e estabelecer parâmetros de actuação considerando diversas vertentes, entre outras, a estrutura da prestação dos cuidados, custos, eficiência, acessibilidade, qualidade do cuidado, nível de empoderamento do doente, etc.). Com base nesta informação, o projecto pretende desenvolver modelos de sistemas de prestação de cuidados de saúde mais efectivos e eficientes

Também o projecto DUQUE – “Deepening our understanding of quality improvement in Europe” - tem por principais objectivos proceder ao desenvolvimento de modelos de classificação para avaliar a melhoria dos sistemas de qualidade nos hospitais europeus, bem como, investigar como a maturidade do sistema de melhoria da qualidade está associada à cultura organizacional, envolvimento profissional e empoderamento do doente. Visa, ainda, investigar associações entre a maturidade do sistema de melhoria da qualidade e as medidas de efectividade clínica, segurança e envolvimento do doente e identificar factores externos que influenciem o desenvolvimento de actividades de melhoria da qualidade, pelos hospitais.

Igualmente, o Projecto MARQUIS tem como propósito avaliar as estratégias de qualidade nos cuidados de saúde a nível nacional e da União Europeia e desenvolver procedimentos de qualidade formais no contexto da EU.

A criação de uma plataforma de *benchmarking* envolvendo diversas áreas no contexto hospitalar pode servir para identificar sucessos e áreas potencialmente problemáticas e auxiliar a adopção de metas apropriadas e atingíveis. Simultaneamente, pode promover uma atmosfera auto-reflexiva, na qual um hospital pode avaliar o seu próprio progresso.

Propõe-se, assim, o desenvolvimento de uma revisão extensiva dos modelos de benchmarking adoptados a nível internacional, conjugadamente com a análise dos vários projectos em curso no nosso país, aprofundando os objectivos, forças e fraquezas que lhes estão associadas e, a posterior conceptualização de uma plataforma para servir os propósitos dos hospitais portugueses, incluindo a identificação de um conjunto de indicadores, monitorizáveis, ao nível clínico e gestor.

CRONOGRAMA

Para a concretização desta linha de investigação, entendemos necessário a contratação de uma universidade, que em articulação com o MS e com todos os organismos centrais, regionais e locais, permitirá o desenvolvimento participado do modelo mais adequado à realidade portuguesa, aproximadamente, em 36 meses.

BIBLIOGRAFIA

AHCPR and The Changing Politics of Health Services Research - Agency for Health Care Policy and Research, **(Erro! A referência da hiperligação não é válida.**<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w3.283v1/DC1>), consultado em 15 de Novembro de 2010.

AHCPR Research About Managed Care - Agency for Health Care Policy and Research, (<http://www.ahrq.gov/research/mgdnote1.htm>), consultado em 15 de Novembro de 2010.

BORGES, et al – Contratualização em Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático 9, 2010.

EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH & CONSUMERS – Selected projects from the EU public health programme and the EU health theme, 7th Framework Programme for Research .In 13th European Health Forum Gastein: Health in Europe ready for the future? 6-9 October 2010, Bad Hofgastein. Disponível em <http://www.ehfg.org/congress.html?&L=11>

EUROPEAN COMMISSION, RESEARCH - Health .Taking the temperature of European healthcare. Scientific Support to Policies. European Comission, Research, [2010]. Disponível em http://ec.europa.eu/research/fp6/ssp/marquis_en.htm

NIES, H. - A European research agenda on integrated care for older people. Dublin: European Health Management Association. 2004.

OECD – Health at a Glance 2009. [Em linha]. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, 2009. [Consult. 10 Novembro 2010]. Disponível em http://www.oecdilibrary.org/oecd/content/book/health_glance-2009-en.

WIENER, J. M. - Long-Term Care: Getting on the Agenda and Knowing What to Propose, *Medical Care Research and Review*, Aug. 2010 67(4 Suppl.): 126S–140S.