



Plano Nacional de Saúde
2011-2016



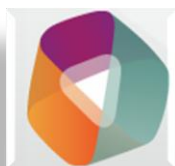
Alto Comissariado
da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016

CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES



Autores:

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

Contributos:

Diana Martins e Ana Gil (ENSP-UNL)

OUTUBRO 2010

ÍNDICE

ÍNDICE	II
ÍNDICE DE FIGURAS	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IV
ÍNDICE DE QUADROS	IV
LISTA DE ACRÓNIMOS	V
PERITO INTERNACIONAL CONSULTADO	1
PERITOS NACIONAIS CONSULTADOS	1
CONTRIBUTOS RESULTANTES DE DISCUSSÃO PÚBLICA	1
NOTA INTRODUTÓRIA	2
OS CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES NO CONTEXTO DO PNS 2011-2016	4
O CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES	6
I. CONTRIBUTOS PARA UMA VISÃO CSH 2016 - REVISÃO DAS PRÁTICAS INTERNACIONAIS	6
<i>Sistema de saúde tipo “Beveridge”</i>	7
Austrália	7
Canadá	8
Espanha	8
Finlândia	9
Reino Unido	10
<i>Sistema de saúde tipo “bismarck”</i>	10
Alemanha	10
Holanda	11
<i>Sistema de livre escolha e competição</i>	12
Estados Unidos	12
II. OS CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES EM PORTUGAL	14
<i>O percurso</i>	14
<i>A situação actual</i>	16
<i>Clinical Governance</i>	17
Acessibilidade	19
Sustentabilidade	24
Continuidade de cuidados e cooperação intersectorial	26
ANÁLISE CRÍTICA	29
I. DIMENSÕES DE OBSERVAÇÃO	30
<i>Clinical Governance</i>	30

<i>Acesso e Equidade</i>	32
<i>Sustentabilidade</i>	35
<i>Continuidade dos cuidados e cooperação intersectorial</i>	40
II. PRINCIPAIS DESAFIOS	43
RECOMENDAÇÕES	45
I. PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS E COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL.....	45
II. PARA A GARANTIA DA SUSTENTABILIDADE	46
III. PARA A MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE	48
IV. PARA A CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	49
<i>Proposta de indicadores/metapara o conjunto de recomendações</i>	50
UMA VISÃO PARA O FUTURO DOS HOSPITAIS	54
CENÁRIOS	57
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de análise	3
Figura 2: Revisão de práticas internacionais - países referenciados	6
Figura 3: Estrutura de apresentação de resultados da revisão de práticas internacionais	7
Figura 4: Dimensões de análise da situação actual dos CSH em Portugal	17
Figura 5: Dimensões de observação na análise crítica	30
Figura 6: Modelo de prestação de cuidados integrados centrados no cidadão	57
Figura 7: SWOT do cenário favorável	58
Figura 8: SWOT do cenário desfavorável	58
Figura 9: Análise SWOT resultante da aplicação da técnica de <i>Brainstorming</i>	80
Figura 10: Fases Técnica Grupo Nominal	82
Figura 11: Matriz SWOT Final	90
Figura 12: Estrutura de apresentação de recomendações para a TGN	91
Figura 13: Questionário para a elaboração de recomendações	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: N.º de camas por 1000/hab (1995-2007)	20
Gráfico 2: Despesa em saúde <i>per capita</i> (pública/privada) 2007	24

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores e metas para o conjunto de recomendações	52
Quadro 2: Países incluídos na pesquisa bibliográfica por tipo de sistema de saúde	74
Quadro 3: Objecto de pesquisa bibliográfica e palavras-chave	74
Quadro 4: Pontos fortes, fracos, oportunidade e fraquezas retirados/modificados e acrescentados	86
Quadro 5: Resultados da votação dos 3 itens mais importantes em cada dimensão SWOT	87
Quadro 6: Resultados da priorização SWOT	88

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde	MCSP – Missão Cuidados Saúde Primários
ACS – Alto Comissariado da Saúde	MS – Ministério da Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP	NHI - National Health Insurance
AR – Assembleia da República	NHS - National Health Service
ARS – Administrações Regionais de Saúde	NOC – Normas de Orientação Clínica
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
AVC – Acidente Vascular Cerebral	OE – Orçamento de Estado
CA - Comunidades Autónomas	OMS - Organização Mundial de Saúde
CABG - Coronary Artery Bypass Graft	OMS/Euro – Organização Mundial de Saúde/Europa
CCI – Cuidados continuados integrados	OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
CCM - Chronic Care Model	PBC - Practice based commissioning
CG – Clinical Governance	PCTs - Primary Care Trusts
CMI - Care Management Institute	PDA - Pocket Digital Agenda
COAG -Council of Australian Governments	PHP - Preventive Health Prompt
CRM - Customer Relationship Management	PIB - Produto Interno Bruto
CS - Centros de Saúde	PNS – Plano Nacional de Saúde
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares	PPP - Parcerias Público Privadas
CSP - Cuidados de Saúde Primários	PTCO - Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade
DGO – Direcção Geral do Orçamento	RIS - Rede Informática da Saúde
DGS - Direcção Geral de Saúde	RJGH - Regime Jurídico da Gestão Hospitalar
DMP's – Disease management programmes	RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
DRG - Diagnosis-related group	RRH - Rede de Referência Hospitalar
EOHSP – European Observatory on Health Systems and Policies	RSE - Registo de Saúde Electrónico
EPE - Entidade Pública Empresarial	SA – Sociedades Anónimas
ERS – Entidade Reguladora da Saúde	SI - Sistemas de Informação
EU – European Union	SIG – Sistema de Informação Geográfico
EUA - Estados Unidos da América	SIGIC - Sistema de gestão dos utentes inscritos para cirurgia
Fig. - Figura	SLS - Sistemas Locais de Saúde
GBN - Global Business Network	SNS – Serviço Nacional de Saúde
GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo	SONHO - Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares
GHS - Geisinger Health Plan	SPA - Sector Público Administrativo
GP - General practitioner	TGN – Técnica de Grupo Nominal
GQI - Geisinger Quality Institute	TI - Tecnologias de Informação
GTRSE - Grupo de Trabalho para o Registo de Saúde Electrónico	TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
HAB - habitante	UCC - Unidades de Cuidados Continuados
HMO - Health Maintenance Organizations	UK – United Kingdom
ICO – Integrated Care Pilots UK	ULS - Unidades Locais de Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística	UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados continuados Integrados
INSALUD - Instituto Nacional de la Salud	UOGF - Unidade Operacional de Gestão Financeira
ISEG-UNL - Instituto Superior de Economia e Gestão	USD - United States Dollar
ISO - International Organization for Standardization	USP – Unidades de Saúde Pública
KP - Kaiser Permanente	WHO -World Health Organization
LBS - Lei de Bases da Saúde	
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	

PERITO INTERNACIONAL CONSULTADO

Boi Ruiz, Médico, Presidente da União Catalã de Hospitais

PERITOS NACIONAIS CONSULTADOS

Daniel Ferro, Administrador Hospitalar, Presidente do Hospital Garcia de Orta

João Oliveira, Médico, Instituto Português de Oncologia de Lisboa

João Varandas, Médico, Director Clínico do Hospital de Cascais

José Carlos Lopes Martins, Administrador Hospitalar, Grupo José de Mello Saúde

Paulo Freitas, Administrador Hospitalar, Hospital Joaquim Urbano

Pedro Lopes, Administrador Hospitalar, Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

Rui Sousa Santos, Médico, Presidente da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

CONTRIBUTOS RESULTANTES DE DISCUSSÃO PÚBLICA

Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados

Ordem dos Enfermeiros

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

Associação Portuguesa dos Nutricionistas

O Plano Nacional de Saúde (PNS) tem vindo a ser largamente adoptado por diversos países, sendo reconhecido como um instrumento orientador que visa a definição de uma estratégia de saúde, com o objectivo principal de maximizar ganhos em saúde e enquadrar a actuação dos diversos actores que intervêm directa e indirectamente na política de saúde.

A conceptualização, desenvolvimento e consolidação de princípios estratégicos orientadores para melhorar o estado de saúde das populações e reorientar o sistema prestador para atingir níveis mais satisfatórios de acesso, equidade, eficiência, qualidade e sustentabilidade, constituem uma importante função do PNS, fundamental para promover o alinhamento das políticas de saúde em função dessas premissas.

Em Portugal, entre 1996 e 1999, foi produzida, revista, discutida e finalmente implementada a primeira estratégia de saúde: “Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002), que veio a perder apoio político, tendo sido definitivamente abandonada a partir do ano 2000. Posteriormente, no início do ano 2003, o PNS 2004 – 2010 foi amplamente discutido e, nessa ocasião, foram definidas aquelas que seriam as orientações estratégicas para o período considerado e cuja finalidade seria *sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e inter-colaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde* (Portugal. MS. DGS, 2004).

Numa perspectiva de continuidade e evolução do PNS 2004-2010 pretende-se, agora, dar um contributo válido para uma estratégia de saúde que reflecta uma visão para 2016 e que contenha orientações claras dirigidas à maximização da obtenção de ganhos em saúde, de forma sustentável, na vertente dos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH).

A análise vertida no documento que se apresenta pretende responder à questão central “Como é que a melhoria do acesso, qualidade e desempenho dos CSH pode contribuir para a obtenção de mais ganhos em saúde: onde está o potencial para maiores ganhos em saúde nos CSH”.

Em última análise, o estudo visa materializar um conjunto de recomendações que contribua para introduzir melhorias ao nível do acesso e qualidade dos cuidados e dotar o sistema de melhores estruturas de gestão, potenciando mais ganhos em saúde num quadro de sustentabilidade.

Para abordar esta temática, a estratégia de análise adoptou a estrutura a seguir indicada e ilustrada na figura 1 infra:

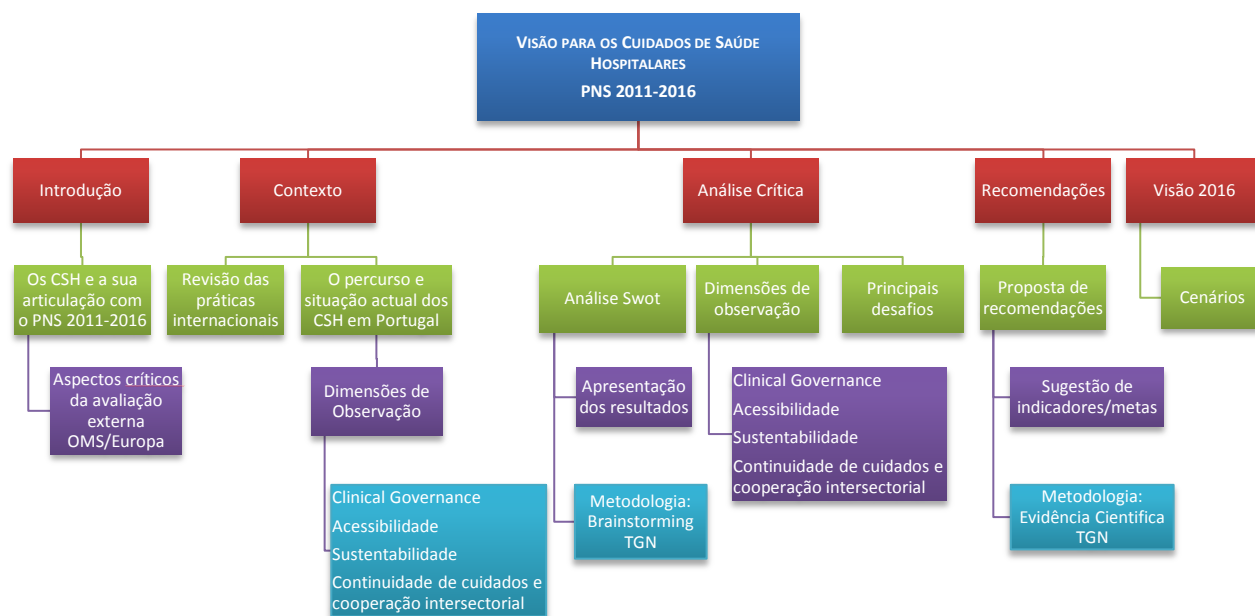
- Inicialmente, contextualizou-se os CSH no âmbito do novo PNS, sem esquecer as lições e ensinamentos decorrentes da avaliação externa desenvolvida pela OMS/Europa, essenciais para

enquadrar e compreender as falhas e virtudes existentes, bem como apoiar o desenvolvimento do estudo, com vista à transparência e ao rigor que se impõe;

- Compreender os processos, as dinâmicas e os impactos dos modelos implementados ou em curso em diferentes países revelou-se fundamental para sustentar e consolidar as diferentes opções que permitam obter uma melhor resposta aos actuais desafios e mais ganhos em saúde.
- Por outro lado, conhecer o contexto presente em que os CSH operam no nosso país é decisivo para a apresentação de uma proposta de recomendações que cumpra o objectivo enquadrado na questão central;
- Posteriormente, impôs-se a realização de uma análise crítica e a indicação dos factores que, na opinião do grupo de trabalho, traduzem as principais tendências e desafios para os CSH em Portugal;
- Com recurso a uma Técnica de Grupo Nominal (TGN) e suporte em evidência científica foi enunciado um conjunto de recomendações que visam alicerçar a argumentação para uma visão dos CSH, assente num novo modelo de organização de cuidados, incluindo, ainda, uma proposta de indicadores e metas de suporte.
- Por fim, delineou-se uma visão para os CSH em 2016 e, de forma complementar, são apresentados dois cenários alternativos sobre a sua evolução.

Ressalva-se que a explicitação das metodologias adoptadas na prossecução da análise consta nos diferentes anexos do presente documento.

Figura 1: Modelo de análise



Para melhor contextualizar os CSH no âmbito do novo PNS e desenvolver uma reflexão consistente sobre esta temática, entendemos pertinente enunciar, de forma sucinta e com enfoque na matéria em análise, algumas das virtudes, falhas e recomendações apontadas na mais recente avaliação externa desenvolvida pela OMS/Europa (2010) ao PNS 2004-2010.

Os resultados mais significativos demonstraram uma evolução positiva ao nível da esperança média de vida e das mortalidades, por doença isquémica, por acidente rodoviário e cancro da mama. Também, ao nível dos recursos humanos (médicos, enfermeiros, dentistas) ocorreram avanços importantes, destacando-se ainda a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como um factor associado a uma maior acessibilidade dos cidadãos. Existem, contudo, alguns indicadores que têm vindo a piorar, como é o caso da mortalidade por suicídio e do consumo de ansiolíticos e antidepressivos, e a demora média hospitalar que, embora aquém da meta, apresenta resultados mais positivos do que a média da EU-15.

A mesma avaliação, numa análise mais abrangente, aponta, excepcionando algumas regiões, falhas ao nível da promoção de uma cultura de gestão do desempenho, no planeamento e, ainda, no desenvolvimento e aplicação de mecanismos de incentivos, no sentido de potenciar uma cultura de melhoria contínua de qualidade, medidas que, aliás, têm apenas ocorrido em certas vertentes, tais como a eficiência em hospitais (através do acompanhamento das listas de espera). Desta forma, *standards* para os processos e resultados desejáveis precisam ser definidos e aplicados aos hospitais públicos e privados de forma similar.

Outro desafio está relacionado com a ausência de uma informação interoperável entre os sistemas de informação (SI) utilizados por decisores políticos, administradores e prestadores de cuidados que, muitas vezes, determinam a duplicação da informação, atrasos na prestação da informação e falhas nos registos. Acresce que a não sistematização da recolha dos dados inviabiliza uma actuação correctiva ao nível do financiamento para a saúde, gera desperdício e uma utilização de serviços desarticulada e ineficiente e com pouca ligação às reais necessidades da população.

Para além disso, surgem ainda enunciadas diversas fragilidades na utilização da informação, no sentido de monitorizar, acompanhar e induzir melhorias no desempenho, designadamente, naquilo que se refere à falta de termos de referência e produção de relatórios sobre indicadores comuns (público e privado) para prestadores de cuidados de saúde.

O mesmo relatório salienta que o futuro PNS deverá colocar o enfoque nos ganhos em saúde, na redução das desigualdades entre diferentes grupos populacionais e na sustentabilidade (não só financeira, mas também dos recursos humanos) do sistema de saúde. Neste sentido, uma das principais conclusões dos

peritos aponta para a necessidade do sistema de saúde ser gerido de forma integrada e pró-activa, acompanhada por uma cultura de melhoria contínua do desempenho, assente em níveis de qualidade elevados e devidamente apoiada por ferramentas que permitam a gestão da mudança. Para o efeito, exigem-se melhorias ao nível do planeamento estratégico e gestão do desempenho através do uso de dados relevantes e regimes de responsabilização simplificados.

É sobejamente reconhecido que os Hospitais enfrentam hoje particulares e complexos desafios. O impacto das mudanças populacionais, os padrões de doença, as oportunidades para intervenção médica com novos conhecimentos e tecnologia, a mobilidade dos recursos humanos, os novos mecanismos de financiamento e as expectativas públicas e políticas têm implicações relevantes no modo como os CSH são prestados, já que novos tipos de cuidados requerem edifícios com novas configurações, profissionais com diferentes competências e novas formas de gestão (Mckee e Healy, 2002b; Rechel et al., 2009b).

Algumas tendências recentes, como a diminuição dos internamentos, a utilização de mecanismos de mercado ou *quasi-mercado*, os esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, uma maior utilização do ambulatório, o reajuste na fronteira entre os diferentes níveis de cuidados e as alternativas de base comunitária, parecem, contudo, persistir. Nesta medida, embora seja possível prever, com algum grau de certeza, futuras tendências na população e na doença, revela-se crítico antever as mudanças tecnológicas ou alterações no sistema de saúde.

Assim, o desafio crucial para hospitais será incorporar um elevado grau de flexibilidade, para que possam rapidamente adaptar-se às mudanças de necessidades e expectativas (Rechel et al, 2009b), para o que necessitam, inevitavelmente, de prestar cuidados de elevada qualidade, garantindo, simultaneamente, elevados níveis de acesso e uma estreita colaboração com outros serviços de cuidados de saúde primários (CSP) e locais.

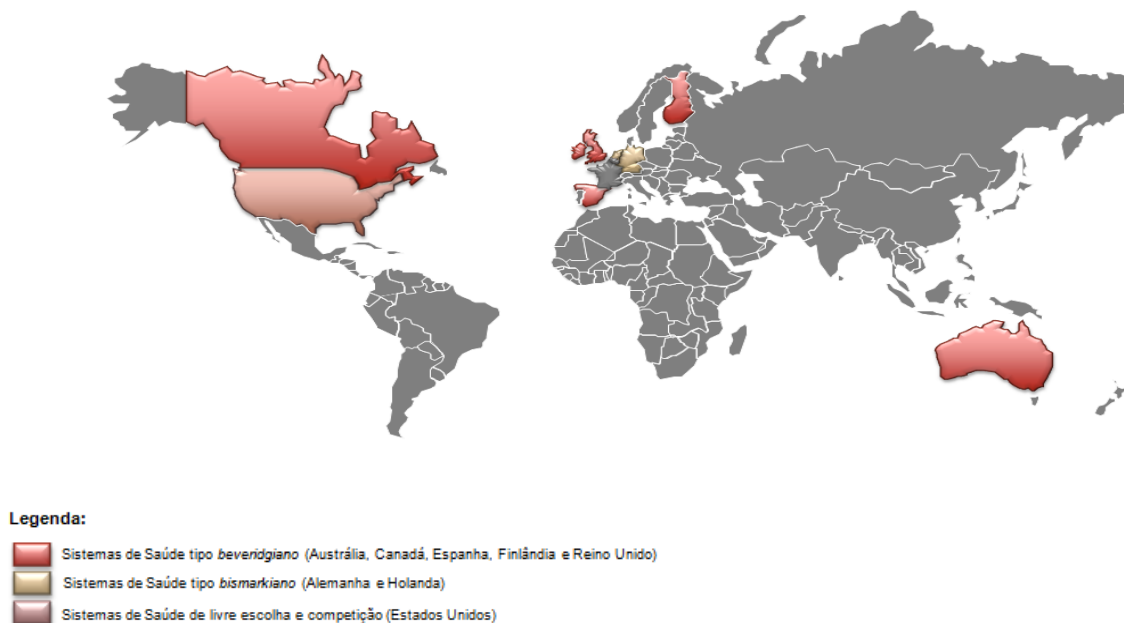
Tendo em conta estas premissas, pretende-se desenvolver uma visão para os CSH que necessariamente promova uma melhoria generalizada dos *standards* e, simultaneamente, contribua para uma melhor resposta aos actuais desafios.

I CONTRIBUTOS PARA UMA VISÃO CSH 2016 - REVISÃO DAS PRÁTICAS INTERNACIONAIS

Importa, antes de mais, reconhecer a grande diversidade de modelos de CSH existentes em todo o mundo. Na Europa, esta multiplicidade resulta de diferentes perspectivas e abordagens, bem como de diversas trajetórias culturais e políticas, sendo certo que os sistemas de saúde diferem em termos de financiamento, organização e modelo de governação. O termo "hospital" contempla, também, instituições muito distintas entre si, desde hospitais universitários "super-sized" a instalações muito dificilmente reconhecíveis como "hospitais". De facto, diferentes definições e entendimentos sobre o que são os "hospitais" e que serviços lhes estão atribuídos persistem, pelo que a realização de comparações neste âmbito revela-se bastante difícil de estabelecer (McKee e Healy, 2002a).

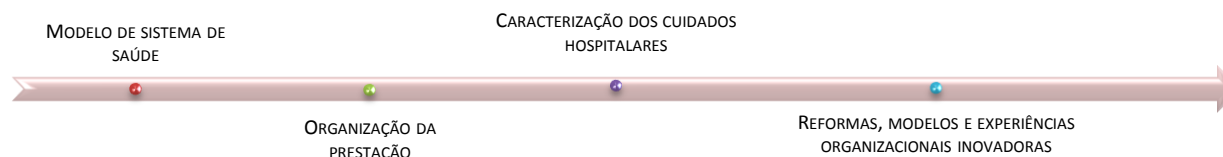
A análise reflectida no presente documento decorreu de uma pesquisa documental extensiva que assentou, primeiramente, em torno dos diferentes tipos de sistemas de saúde: “*beveridgiano*”, “*bismarckiano*” e os de livre escolha e competição (Figura 2). *Collins e Green* (2000) referem que é importante aprender com os países em desenvolvimento e não apenas com aqueles que mais se aproximam do país em causa. Para além disso, a análise de experiências internacionais, num contexto de reforma (Fuenzalida-Puelma, 2002; Saltman, 2002; OPSS, 2008), consubstancia um método de investigação de grande utilidade no momento da definição e construção de diferentes cenários, colocando-nos, convicta mas cautelosamente um passo à frente.

Figura 2: Revisão de práticas internacionais - países referenciados



Na prossecução dos objectivos anteriormente definidos, a pesquisa bibliográfica centrou-se num período temporal que abrange o histórico dos modelos e/ou experiências inovadoras em curso nos diferentes países, com particular atenção e análise para aquelas que ocorreram mais recentemente, sendo que, para cada um dos países analisados, adoptou-se a seguinte estrutura de apresentação de resultados:

Figura 3: Estrutura de apresentação de resultados da revisão de práticas internacionais



Os aspectos metodológicos escolhidos para a conceptualização e desenvolvimento da revisão bibliográfica, bem como os aspectos relacionados com a caracterização geral (modelo de sistema de saúde, organização da prestação e caracterização dos CSH) encontram-se descritos no Anexo I, apresentando-se, de seguida, apenas a componente “*reformas, modelos e experiências organizacionais inovadoras*”.

SISTEMA DE SAÚDE TIPO “BEVERIDGE”

AUSTRÁLIA

Defende-se, actualmente, um novo paradigma na prestação de cuidados, através da criação de uma plataforma de CSP compreensivos, publicamente financiados, com um novo pacote de serviços abrangidos pela cobertura universal, que contemple uma abordagem centrada nas famílias e seja financeiramente sustentável (Austrália, 2009).

Neste sentido, muito recentemente, o *Council of Australian Governments (AUSTRALIA. COAG, 2010)* chegou a um acordo histórico (exceptuando a Austrália ocidental), desde a introdução da *Medicare*, para a reforma do sector da saúde e rede hospitalar.

As principais medidas enunciadas são: i) A *Commonwealth* tornar-se-á o maior financiador dos hospitais públicos e assume o controlo dos *General Practice (GP)* e todos os serviços de *frontline* na Australia; ii) A responsabilidade pela gestão dos hospitais será devolvida às novas redes de hospitais locais que, dotadas de uma maior autonomia local, flexibilidade e inovação, visam responder melhor às necessidades das populações; iii) As redes locais de prestadores serão financiadas com base num preço nacional adequado, designado por uma entidade independente, em função dos serviços que são prestados, devidamente contemplado nos contratos a celebrar com os diferentes estados; iv) Alguns pequenos hospitais regionais e rurais serão financiados em bloco, de forma consistente com as obrigações de serviços na comunidade; v) Novos standards nacionais e instrumentos de reporte mais transparentes

contribuirão para fornecer mais informação aos australianos relativamente ao desempenho nacional, estadual e local do sistema de saúde.

CANADÁ

A tendência aponta para um modelo de hospital especializado e dedicado exclusivamente à prestação de cuidados agudos e de emergência. Os CSP serão da responsabilidade dos médicos de família (GP) ou de unidades de saúde sediadas na comunidade e os cuidados de longa duração serão prestados nas casas de repouso e instituições similares (EOHSP, 2005). Os hospitais e clínicas recebem um orçamento global por parte das autoridades de saúde regionais (EOHSP, 2005) para a prestação dos serviços médicos necessários à população.

Algumas experiências inovadoras em curso remetem-nos para a Província do Ontário que tem vindo a promover redes de GP e redes integradas de saúde locais, cuja missão é promover o planeamento, coordenação e integração de cuidados em função das necessidades (Busse et al, 2010).

Na província de Alberta destaca-se o *Health Link Alberta*, como um exemplo bem sucedido de integração de cuidados, cujos objectivos passam por: i) Aumentar a coordenação e a integração entre serviços regionais de saúde e prestadores; ii) Facultar aos funcionários, médicos e parceiros as ferramentas necessárias para oferecer cuidados de forma mais efectiva; iii) Aumentar a ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença e iv) Incentivar uma utilização de cuidados mais adequada.

ESPAÑA

Várias Comunidades Autónomas (CA) têm desenvolvido projectos-pilotos sustentados por estratégias regionais para a integração de cuidados.

A região de Valência, por exemplo, tem vindo a implementar modelos integrados de base populacional desde 1997 (Busse et al, 2010), destacando-se o Hospital de *La Ribera*, pioneiro no modelo parceria público-privada (construção e gestão atribuída a empresa privada, designada, em Espanha, por “concessão administrativa” ou “Modelo *Alzira*”), que abrange uma população de cerca de 245 000 habitantes.

Seguiram-se outras experiências, nomeadamente, *Torre Vieja* (2003), *Denia* (2004), *Manises* (2006) e *Crevillent* (2006) que representam já uma evolução do modelo (designado por *Modelo Alzira II* e criado em 2003), que contempla agora uma gestão privada integrada dentro dos departamentos de saúde para os CSP e CSH e abrangem, presentemente, cerca de 20% da população (Rechel et al., 2009a, 2009b). Adicionalmente, foram alterados os termos da “concessão administrativa” para uma PPP menos rentável e mais aceitável politicamente, limitando-se os potenciais lucros anuais e garantindo, em simultâneo, a entrega dos excedentes ao governo e a sustentabilidade financeira do sistema (Dewulf e Wrigth, 2009).

O Hospital de *La Ribera* é responsável por todos os CSH dos doentes registados na sua área de influência, independentemente do local onde são tratados. Assim, se o doente for admitido noutra unidade hospitalar, o Hospital de *La Ribera* assume a totalidade da despesa com base nos respectivos DRG, o que permitiu já reduzir cerca de 20% dos custos por habitante, face à média das restantes CA de Valência. Em contraste, outros hospitais desta região não são penalizados, caso os habitantes locais se dirijam a outras unidades hospitalares, existindo, contudo, uma política de desincentivo à admissão de doentes doutra área de influência, sendo reembolsado, nestes casos, apenas 80% (preço tabelado por DRG) dos custos suportados por doente (Rechel et al., 2009a).

A Catalunha promoveu o desenvolvimento dos cuidados a um nível intermédio entre os hospitais e lares, introduzindo novos prestadores que oferecem, simultaneamente, cuidados de saúde e cuidados sociais. Os centros sócio-sanitários incluem estadia de longa duração, cuidados de convalescença e paliativos e os hospitais de dia oferecem um amplo conjunto de serviços e suportam diferentes equipas multidisciplinares a idosos com necessidades complexas. O programa é financiado pelo serviço de saúde catalão e departamento de assistência social e inclui organismos privados (Van Raak et al, 2003).

FINLÂNDIA

A *Kela*, que sofreu uma reforma administrativa em 1 de Janeiro de 2009, tem por missão acompanhar o cidadão ao longo de toda a sua vida, promovendo a saúde e apoiando a capacidade de auto-cuidados. As políticas estratégicas e princípios operacionais têm por base as expectativas e as necessidades dos cidadãos, pelo que os serviços prestados são desenvolvidos e avaliados em torno do ponto de vista do utente, através dos designados *customer panels* (Finland. Kela, 2008).

Algumas das experiências inovadoras, no âmbito do sistema hospitalar, apontam, por exemplo, para Hospital de *Coxa* especializado em Cirurgia Artroplástica, em *Tampera*, que serve uma população de 450 000 habitantes e é responsável, a nível nacional, pelos casos mais complexos. Institui-se como uma PPP (2001), concebida para fazer face à procura e permitir um acesso mais rápido à cirurgia electiva.

Este modelo tem por objectivos: i) Retirar os serviços de cinco hospitais distritais, concentrando-os no Hospital *Coxa*; ii) Implementar e sistematizar os percursos dos cuidados, envolvendo os GP e outros especialistas de ortopedia locais na rede de cuidados (foco nos procedimentos cirúrgicos); iii) Diagnosticar a pré-admissão e reabilitação do pós-operatório, realizado nos CSP (incluindo alguns hospitais locais), perto da casa do doente; iv) Integrar as tecnologias de informação e comunicação, abrangendo os sistemas de apoio e de diagnóstico; v) Garantir a qualidade e um pacote de custos que seja eficiente e competitivo (Rechel et al., 2009a).

REINO UNIDO

As estratégias nacionais têm envolvido o desenvolvimento de programas que visam uma melhor navegação do doente no sistema, a prestação de cuidados de elevada qualidade e a promoção do acesso, nomeadamente, através de medidas para a adopção de uma visão nacional para os doentes crónicos, implementação da gestão de caso nos PCT, estratificação do risco, constituição de equipas multidisciplinares, novas formas de financiamento e modelos de incentivos nos CSP e o estabelecimento de *walk-in centres* e *NHS Direct* (Busse et al, 2010).

O *NHS Stage Review* (UK. Department of Health, 2009 cit. por Lewis et al., 2010) tem vindo a enfatizar o conceito de cuidados integrados e de organizações de cuidados integrados como um meio para atingir melhores cuidados. A ideia não passa, apenas, por um *continuum* de cuidados, sendo também dirigidos esforços para prevenção da doença como forma de obter *Value for Money*. Inclui um conjunto de mecanismos que compreendem modelos de incentivos, o foco nos doentes com determinada patologia, uma efectiva liderança na organização ou rede de prestadores e SI integrados para a qualidade, com utilização e custos de tratamento identificados por doente, médicos e equipas.

A criação de uma rede de “parcerias clínicas locais” poderá ser, eventualmente, a nova tendência no NHS. Estas organizações constituídas por médicos de família e outras entidades comunitárias e especialistas de cuidados secundários assumem a prestação e contratualização de serviços e uma total responsabilização pela saúde das populações que representam, encontrando-se, desde 2009, em fase experimental e pelo período de dois anos, 16 *Integrated care pilots* (Lewis et al, 2010).

Salientamos, ainda, o redesenho do sistema prestador em curso na Irlanda do Norte, onde se destaca: i) A criação de 5 “*health and social trusts*”, geograficamente considerados, que fornecem individualmente um *continuum* de cuidados de saúde e serviços sociais para sua população; ii) desenvolvimento de centros de excelência regionais como únicos prestadores de uma gama de serviços terciários que irão beneficiar pela centralização; iii) a redução do número de hospitais gerais, de 18 para 9, que prestam apenas serviços agudos; iv) a reconversão de 7, dos restantes 9 hospitais, em instituições para serviços de cuidados intermédios nas comunidades locais; v) a criação de 42 novos centros de saúde comunitários (sem internamento, com o objectivo de evitar hospitalização desnecessária) e; vi) um sistema assente em redes de informação de suporte, protocolos de acesso e percurso dos utentes no sistema.

SISTEMA DE SAÚDE TIPO “BISMARCK”

ALEMANHA

A tradicional separação entre os cuidados de saúde ambulatoriais e os cuidados hospitalares (agudos) neste país tem diminuído nos últimos anos, através da promoção da cirurgia em ambulatório e de consultas

externas nos hospitais, assim como de programas de controlo de doenças e redes de oferta de cuidados integrados transsectoriais (EOHSP, 2004).

Ao nível da qualidade hospitalar, a Alemanha é líder no *benchmarking*, detendo informação de qualidade em tempo real e disponível para todos os 2000 hospitais nacionais, em mais de 300 indicadores de qualidade para as 26 áreas definidas. Os revisores visitam os hospitais cuja qualidade não respeite as normas estabelecidas e, em conjunto, propõem soluções com vista a melhoria dos indicadores.

Vários modelos têm sido adoptados para promover cuidados de saúde mais integrados, tais como Programas de gestão da doença (DMP's), modelos assentes nos GP que actuam como *gatekeepers* do sistema, contratos integrados de tratamento (que incluem, pelo menos, dois sectores da saúde e colaborações interdisciplinares) e *polyclinics*. Paralelamente, instituem-se, ainda, orientações clínicas para as doenças crónicas, e modelos de incentivos financeiros aos médicos para efeitos de registo de doentes e, bem assim, para induzir uma maior responsabilização pelos cuidados prestados. Os primeiros resultados revelam que este sistema tem efeitos positivos sobre a qualidade do atendimento (Davis, 2007).

Saliente-se que, entre 2004 e 2008, cerca de 1% dos pagamentos totais aos médicos e hospitais têm sido reservados para o investimento em projectos integrados de tratamento, o que envolveu uma reafecção de, aproximadamente, 680 milhões de euros ano (Bayer et al, 2006 cit. por Busse et al, 2010).

HOLANDA

A Holanda tem dirigido os seus esforços para a melhoria da qualidade e garantia da continuidade de cuidados no sistema. Tal conduziu, no início dos anos 90, ao conceito de *transmural care* (Van der Linden, Spreeuwenberg, Schrijvers, 2001) que procura interligar os CSP aos secundários e está relacionado com os conceitos de “*shared care*” no Reino Unido e de cuidados integrados nos EUA. Desde 1999, contam-se cerca de 500 iniciativas que têm permitido uma gestão mais eficiente entre o hospital e *settings* alternativos.

O conceito de “*transmural care*” varia muito na Holanda. As primeiras experiências focaram-se nos elementos estruturais, tendo-se obtido uma melhoria na cooperação entre hospitais e GP e no desenvolvimento de *guidelines* clínicas. Posteriormente, para alargar o âmbito dos cuidados e ligar o tratamento médico à prevenção, educação e apoio psicológico e social, surgiram os enfermeiros especializados que actuam como “gestores do doente”, sendo também responsáveis pela preparação e planeamento da alta, aconselhamento e, em alguns casos, pela supervisão dos GP, aquando da reintegração dos doentes nos cuidados primários após o tratamento hospitalar (Nolte, Knai, McKee, 2008).

Mais recentemente, foram criadas as enfermarias de reabilitação (*rehabilitation wards*) para doentes que necessitam de cuidados temporários após a hospitalização. Além disso, a tecnologia tornou possível que

certos serviços, anteriormente exclusivos dos hospitais, fossem transferidos para o domicílio dos doentes. Ao longo do tempo, as abordagens de “*transmural care*” tornaram-se mais complexas, sendo exemplo disso, o *Matador programme*, que envolve uma cooperação entre um grande número de organizações e profissionais de saúde (Nolte, Knai, McKee, 2008).

SISTEMA DE LIVRE ESCOLHA E COMPETIÇÃO

ESTADOS UNIDOS

O redesenho dos serviços de saúde têm sido guiados por abordagens informadas pela *United States Health Maintenance Organizations*, *Kaiser Permanente*, *Evercare Care Model* da *United Health Group*, *Geisinger Health System*, *Chronic Care Model* (Busse et al, 2010) entre outras. Alguns destes modelos de integração de cuidados têm influenciado diversas iniciativas na Europa (Nolte, Mackee, 2008), destacando-se, ainda, outras experiências inovadoras ao nível hospitalar¹:

DENVER HEALTH: UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE ALTA PERFORMANCE

Denver constitui um sistema compreensivo e integrado de alto desempenho a nível nacional, considerado recentemente pela Comissão da *Commonwealth Fund* como um "laboratório de aprendizagem", facilmente replicável noutros contextos. Bastante bem sucedido na prestação de cuidados coordenados à comunidade, destaca-se pela promoção de uma cultura de melhoria contínua de qualidade, adopção de novas tecnologias devidamente incorporadas na prática quotidiana, pela capacidade de gestão do risco e correcção atempada de desvios, nos processos de liderança e apoio em toda a organização.

DUKE UNIVERSITY HOSPITAL: ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER MELHORIAS AO NÍVEL DA SATISFAÇÃO DO UTENTE

O *Duke University Hospital* situado em *Durham* na Carolina do Norte é um hospital universitário com 924 camas que se distingue pelos excelentes resultados obtidos através do Inquérito *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)*, os quais lhe valeram o papel de líder nacional em termos da satisfação do utente. Os seus responsáveis defendem a adopção de estratégias tácticas e organizacionais para garantir a satisfação do doente, designadamente, a utilização do *Balanced Scorecard*, ao nível da gestão, a metodologia *Six Sigma*, para a melhoria do desempenho e o reconhecimento do mérito dos profissionais e serviços que demonstrem uma excelente prestação junto do utente.

GASTON MEMORIAL HOSPITAL: INTRODUIR MELHORIAS NA QUALIDADE ATRAVÉS DE DADOS E INFORMAÇÃO, GUIDELINES, E FEEDBACK EM TEMPO REAL

Destaca-se a adesão às *guidelines* clínicas baseadas na evidência, a utilização do *benchmarking* para medição do desempenho e apresentação de resultados, as comissões multidisciplinares envolvidas em

¹ Outros *case studies* podem ainda ser consultados através do link <http://www.whynotthebest.org/contents/index/1>

análises de causas ('Root Cause Analysis') e uma forte liderança, no sentido de obter um compromisso exigente com os processos de tratamento baseados na evidência em quatro áreas clínicas.

GEISINGER HEALTH SYSTEM: ACHIEVING THE POTENTIAL OF SYSTEM INTEGRATION THROUGH INNOVATION, LEADERSHIP, MEASUREMENT, AND INCENTIVES

O sistema de saúde *Geisinger* (*Geisinger Health Plan* – GHS), fundado em 1915 por *Abigail Geisinger* (Geisinger, 2006), é uma rede de cuidados de saúde compreensivos integrados sem fins lucrativos que presta serviços em cerca de 40 municípios do estado de *Pesilvania* (GHP, 2009), abrangendo uma população de cerca de 2,6 milhões de pessoas (Geisinger, [2010]). A liderança dos médicos é, com efeito, uma dimensão marcante na *Geisinger*, o que contribuiu para a completa integração dos serviços (Geisinger, 2006). Os seus líderes defendem, que apenas pelo redesenho e reengenharia na prestação, é possível aumentar a qualidade, satisfação e eficiência, filosofia personificada pela *ProvenCare*, um conjunto de produtos (com preço compreensivo) cujos processos de tratamento foram redesenhados para possibilitar a gestão confiável de um conjunto coordenado de práticas baseadas em evidência.

Uma dimensão inovadora do GHS e da *Geisinger Clinic* é a rede das chamadas *CareWorks®* – *Convenient Healthcare Clinics*, “*in-store clinics*” em supermercados, estabelecidas em parceria com a *Weis Markets*, que visam prestar cuidados de saúde financeiramente comportáveis e de modo mais facilitado e oportuno aos doentes (Geisinger, 2006).

Foi, ainda, criado o *Geisinger Quality Institute* (GQI), que tem como finalidade a formação de equipas clínicas multidisciplinares para a prestação de cuidados integrados e seguros e a pretensão de servir como um modelo de cuidados de saúde de qualidade ao nível nacional (Geisinger, 2006).

KAISER PERMANENTE: INTERLIGAR A QUALIDADE COM A PRÁTICA INTEGRADA, PRESTAÇÃO DE CONTAS E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

A KP abrange actualmente uma população de cerca de 8,6 milhões de cidadãos e representa o maior sistema sem fins lucrativos de prestação integrada de cuidados de saúde dos EUA, destacando-se dos restantes planos de saúde americanos, na medida em que constitui um modelo integrado de financiamento e prestação, actuando como um “serviço nacional de saúde” com uma única linha de financiamento, um orçamento global e a responsabilização por toda a linha de cuidados de uma população. (Wallace, 2009a).

A evolução bem-sucedida desta estrutura organizacional num mercado competitivo, exigiu uma estreita parceria entre gestores e médicos, apoiados por uma cultura de responsabilização das equipas pela qualidade e eficiência.

Uma agenda global para alcançar a excelência concentra-se nas doenças de alto impacto, na disponibilização de ferramentas orientadas para analisar dados populacionais, na identificação proactiva

de doentes que necessitam de intervenção, no suporte à introdução de melhorias sistemáticas nos processos e na colaboração entre pacientes e profissionais para melhorar a saúde.

O *KP HealthConnect* é um dos elementos vitais da organização, representando um SI compreensivo que integra registos de saúde electrónicos com ferramentas que auxiliam a prática clínica, baseada na evidência, acompanhado de um portal robusto que facilita e promove o acesso dos membros e o seu envolvimento na gestão da sua saúde.

MAYO CLINIC MULTIDISCIPLINARY TEAMWORK, PHYSICIAN-LED GOVERNANCE, AND PATIENT-CENTERED CULTURE DRIVE WORLD-CLASS HEALTH CARE

A Clínica Mayo é o maior e mais antigo grupo multidisciplinar e integrado de prática clínica do mundo, combinando práticas, educação e investigação ao nível regional, nacional e internacional, em benefício de indivíduos com doença crónica e/ou complexas necessidades de cuidados de saúde. Este modelo de cuidados integrados fomenta uma orientação para o doente e efectiva responsabilização das equipas, uma infra-estrutura de apoio permeável, de modo a que médicos e outros profissionais de saúde possam evoluir na prática clínica, e um modelo de governação assente numa cultura centrada no utente. A integração total do hospital e clínica e a utilização de um registo clínico electrónico, partilhado através do internamento e ambulatório, foram factores fundamentais para obter elevados níveis de eficiência e promover a excelência clínica.

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMO)

As HMO prestam cuidados compreensivos aos seus membros que têm a possibilidade de escolher um GP, responsável pela coordenação dos cuidados e pela referenciação. Estas organizações são financiadas com base em capitação ajustada, oferecendo cuidados a um preço fixo. O enfoque encontra-se na prevenção e na qualidade dos cuidados, de modo a evitar que muitos dos seus membros precisem de cuidados especializados dispendiosos (Carlson, 2009).

II OS CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES EM PORTUGAL

O PERCURSO

No contexto da reforma do sistema de saúde de 1971, da modernização da economia e da sociedade portuguesa, o hospital teve um papel central nos processos de gestão da mudança. A partir de 1974, criaram-se as condições políticas para a adopção, em 1979, de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde (SNS), no ano seguinte os hospitais das Misericórdias são nacionalizados e, em 1984, integram-se os centros de saúde com os postos médicos dos Serviços Médico-Sociais.

Portugal integra a Comunidade Económica Europeia, em 1986, iniciando-se um ciclo de crescimento económico e confirmando-se, no ano seguinte, a autonomia administrativa e financeira dos hospitais do SNS. Com a revisão da Constituição (1989) é alterado o princípio dos serviços de cuidados de saúde

gratuitos, o SNS é financiado pelo Orçamento Geral do Estado e o acesso aos hospitais e CSP é “tendencialmente gratuito”, exigindo-se, em alguns casos, o pagamento de uma taxa moderadora.

Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde (LBS) e, entre 1996 e 2002, o projecto de reforma “Serviço Nacional de Saúde XXI” veio reconhecer, entre outros, a criação de novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização, como as agências de contratualização, a remuneração pelo desempenho, um sistema de qualidade, centros regionais de saúde, a inovação, os centros de responsabilidade integrados e a descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde. Este projecto foi interrompido e, com ele, a implementação destes novos mecanismos, com excepção dos centros de responsabilidade integrada, embora sem qualquer tipo de incentivo à sua disseminação e/ou desenvolvimento.

Em 1999, decorre a implementação do modelo de acção de redes de hospitais de referência e, em 2002, é alterado o estatuto jurídico dos hospitais públicos que passam a Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA), a par do surgimento da RCM n.º 59/2002 de 28 de Fevereiro que visa definir uma rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Desde 2002, assiste-se também à inclusão do sector privado na rede prestadora, através da adopção de modelos de Parcerias Público-Privadas (PPP) e constituição de linhas de financiamento, verificando-se, ainda, um incremento do *outsourcing* nos serviços públicos.

Refira-se que o modelo de gestão hospitalar surge, pela primeira vez, referenciado no preâmbulo do Estatuto Hospitalar de 1968, o qual previa no seu artigo 35º que a organização e a gestão dos hospitais deveriam ser concebidas «em termos de gestão empresarial» (Campos, 2005). Vinte anos depois, esta concepção continuou a vigorar na Lei de Gestão Hospitalar como um dos seus princípios específicos. Posteriormente, nos princípios consagrados na base XXXVI da LBS, é também sugerida uma gestão das unidades de saúde, de acordo com «regras de gestão empresarial» e a realização das denominadas «experiências inovadoras de gestão nos termos a definir por lei».

Segundo Campos (2005) e Reis (2007) dá-se início ao processo normativo com vista à empresarialização dos hospitais e, em Junho, com a publicação do DL n.º 151/98, que altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de Santa Maria da Feira, assiste-se à primeira “experiência inovadora de gestão”, seguindo-se a criação da Unidade Local de Matosinhos (DL n.º 207/99, de 26 de Julho) e a aprovação do estatuto do Hospital do Barlavento Algarvio (DL n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro).

Através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é aprovado o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) onde é alterada a LBS nas disposições relativas: i) ao estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, com a lei do contrato individual e a contratação colectiva; ii) ao financiamento do SNS, que deverá passar a ser prestado «através do pagamento dos actos e actividades efectivamente

realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde»; iii) à fiscalização pelo Ministério da Saúde do exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal» e, por último, iv) aos modelos de gestão dos hospitais e dos centros de saúde, permitindo a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

O novo RJGH introduziu, ainda, o conceito de «rede de prestação de cuidados de saúde» que abrange os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde, nos termos dos contratos celebrados, incluindo os profissionais em regime liberal com quem sejam celebradas convenções, prevendo-se, ainda, a possibilidade de adopção de quatro formas jurídicas de hospitais: “Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, com ou sem autonomia patrimonial; Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; Estabelecimentos privados” (Reis, 2007 e Graça, 2005).

O modelo alternativo aos hospitais do “sector público administrativo” (SPA) passou a ser de SA. Em Dezembro de 2002, foi aplicado este estatuto simultaneamente em 34 hospitais públicos, do qual resultou a constituição de 31 SA (por constituição de centros e grupos de hospitais) que ganharam práticas de controlo financeiro inerentes à natureza do seu estatuto jurídico (Reis, 2007 e Graça, 2005).

Em 2005, após três anos de modelo de gestão SA, foi adoptado um novo modelo que, pela publicação do DL n.º 93/2005, de 7 de Junho, procedeu à transformação dos 31 hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (EPE). Neste caso, a gestão continua a ser privada, o financiamento continua a ser público, a ideia continua a ser a adequação dos instrumentos de gestão à especificidade da natureza da actividade de prestação de cuidados de saúde, com vista ao bom funcionamento, quer a nível operacional, quer a nível de racionalidade económica das decisões de investimento, mas no qual é permitida uma maior intervenção a nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência a exercer pelos Ministros das Finanças e da Saúde (Graça, 2005).

Dando continuidade ao processo de empresarialização das unidades hospitalares integradas no SNS, foram sendo sucessivamente constituídos sob a forma de EPE diversos hospitais e, simultaneamente, assistimos ainda à constituição de diversos centros hospitalares, modelo que procura melhorar a capacidade de resposta, optimizando serviços, através de uma gestão integrada das várias unidades hospitalares.

A SITUAÇÃO ACTUAL

De acordo com Barros (2009), cerca de 70% dos hospitais pertencem ao SNS e o que os diferencia, enquanto hospital, resulta do facto de ser um estabelecimento que presta cuidados de saúde com

internamento. Estas instituições, para além de desempenharem um importante papel no contexto em que estão inseridas, relacionado, essencialmente, com o tipo específico de bens que produzem, têm também a responsabilidade perante a tutela de promoção e protecção da saúde e prevenção da doença (OPSS, 2008). Por outro lado, os hospitais, grandes consumidores de recursos (humanos, capital, tecnologia e conhecimento), são as organizações que mais sofrem com as pressões de mudança que ocorrem, quer do lado da procura, quer da oferta de cuidados (Portugal. Ministério da Saúde. ARSLVT, 2009), necessitando, por isso, de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores (OPSS, 2008).

Neste contexto, a Governação Hospitalar assume uma especial relevância, no sentido de tornar a qualidade dos cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais, enquadrando-os no contexto mais global do sistema de saúde (Portugal. Ministério da Saúde. ARSLVT, 2009) e centrando-se nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo da organização (OPSS, 2006).

Para contextualizar a situação actual dos CSH no nosso país elegemos quatro áreas de análise prioritárias:

Figura 4: Dimensões de análise da situação actual dos CSH em Portugal



CLINICAL GOVERNANCE

A par da Governação Hospitalar surge o conceito de *Clinical Governance (GC)* que foi introduzido, pela primeira vez, em 1997, pelo NHS (Portugal. Ministério da Saúde. ARSLVT, 2009). É definido como o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados (Sakellarides *et al.*, 2004), criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos (Portugal. Ministério da Saúde. ARSLVT, 2009). Para tal, a CG baseia-se numa série de processos que se inter-relacionam (OPSS, 2007), abrange todos os elementos da equipa de saúde e envolve-a num esforço conjunto na identificação de aspectos dos cuidados que necessitem de melhoria de qualidade, de segurança e na procura de soluções, implicando, também, a responsabilização dos profissionais pelos actos da sua prática clínica (OPSS, 2006 e Sakellarides *et al.*, 2004).

As duas áreas que lhe estão associadas e que, actualmente, constituem o centro do debate são a Qualidade e a Segurança do Doente, sendo que todo o processo pressupõe o envolvimento e liderança dos prestadores directos de cuidados de saúde, assumindo responsabilidade nos cuidados prestados, de forma integrada, com qualidade clínica e eficiente utilização de recursos (Delgado, 2009).

Existem várias definições de qualidade em saúde, no entanto, a mais marcante e a base de todo o desenvolvimento nesta área tem sido a tríade de Donabedian, através da avaliação da estrutura, processos e resultados. Neste sentido, todo o processo do doente deve ser acompanhado, englobando os aspectos do acesso, acolhimento, questões hoteleiras, processo de diagnóstico e tratamento/terapêutico, informação e relacionamento com os doentes e familiares (Delgado, 2009).

Esta área tem vindo a ser continuamente melhorada e enquadrada no processo de prestação de cuidados e nos diversos programas políticos, verificando-se um aumento gradual dos níveis de qualidade, sendo que a “grande maioria destes cuidados segue padrões de alta qualidade e falhas graves são raras” (OPSS, 2003). Contudo, a garantia de qualidade dos cuidados de saúde exige uma permanente monitorização e melhorias sistemáticas, devendo ser encarada como um “elemento central na gestão organizacional e a marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde” (OPSS, 2001). Para além disso, deve, ainda, pressupor critérios claros e transparentes, indicadores perceptíveis e facilmente operáveis e padrões de exigência que sejam credíveis aos *stakeholders*, aos doentes e à sociedade em geral, exigindo informação objectiva, políticas de transparência e *accountability* (Delgado, 2009).

Actualmente, a área da qualidade nos CSH em Portugal centra-se, essencialmente, na acreditação dos estabelecimentos em termos organizativos ou de infra-estruturas (como, por exemplo, na elaboração de planos de emergência) ou na certificação individual de determinadas áreas (serviços, etc.), em detrimento da componente clínica do processo de prestação de cuidados, a qual se baseia, essencialmente, na perspectiva dos processos e pouco nos resultados (por exemplo, na construção de normas de procedimento) (Delgado, 2009). No entanto, é importante salientar o sucesso alcançado pelos projectos de acreditação de hospitais e certificação de alguns serviços hospitalares em Portugal pelos referenciais ISO (França, 2008).

Numa perspectiva mais ampla, entre os hospitais e a tutela são assinados os contratos-programa que incluem, apesar de muito elementares e pouco sistematizadas, algumas dimensões da qualidade, tais como a taxa de reinternamento nos primeiros cinco dias, o número de profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infecção, o número de primeiras consultas, o número de doentes em espera para cirurgia, o número de doentes referenciados para a RNCCI, entre outros. Alguns dos indicadores referidos estão relacionados com o aumento da produção e promoção da eficiência, pelo que deverá ser tida em conta a qualidade técnica e científica das prestações, bem como aspectos de evolução.

Na maioria dos hospitais portugueses existem, também, gabinetes ou comissões da qualidade, de gestão de risco e de segurança e humanização que desenvolvem vários projectos e que têm como objectivo último a sua acreditação (Delgado, 2009).

De acordo com um estudo sobre avaliação da qualidade (“Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do utente nos hospitais EPE e SPA”), realizado no primeiro trimestre de 2008 pelo ISEGI - UNL, verificou-se que os resultados, na sua globalidade, foram melhores nos hospitais EPE face aos SPA. Quando comparadas as três valências (internamento, consulta externa e urgência), os resultados foram mais positivos para o internamento em detrimento do serviço de urgência e, em termos de variáveis, as melhores ponderações foram para os profissionais, médicos e enfermeiros (Portugal. MS. ACSS. ISEG-UNL, 2008).

Importa, ainda, referir que uma das maiores preocupações com a qualidade dos cuidados resulta da grande variabilidade na prática clínica (Delgado, 2009 e França, 2008), pelo que práticas de *benchmarking* deveriam ser adoptadas, no sentido de existir uma cooperação activa e comunicação entre os profissionais e as instituições, propiciando a troca de informação e coordenação de cuidados aos doentes.

A área da segurança do doente é reconhecida como um elemento essencial na área da qualidade dos cuidados de saúde, devendo basear-se na prevenção e análise da informação de retorno dos vários sistemas de notificação, bem como no programa de melhoria contínua da qualidade.

No entanto, de acordo com França (2008), não existe evidência acerca da frequência e causas da insegurança na prestação dos cuidados, que seria imprescindível para avaliação dos potenciais danos e soluções possíveis. Acresce que a melhoria da qualidade e segurança do doente são o resultado de uma variedade de actividades continuadas no tempo que exigem métodos sistemáticos de avaliação

Ora, sendo a prestação de cuidados uma actividade complexa, incerta no resultado, com potencial de causar danos colaterais nos doentes (estima-se que em cada 100 internamentos hospitalares, 10 se compliquem por qualquer erro, causando dano) os hospitais portugueses têm vindo a desenvolver vários projectos na área da qualidade e segurança dos doentes (Portugal. Ministério da Saúde. ARSLVT, 2009). Assim, destaca-se a Campanha Nacional de Higiene das Mãos, o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Anti-microbianos, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, o Programa Nacional para Notificação de Incidentes e Eventos Adversos; na área da Farmacovigilância, a monitorização e segurança dos medicamentos; , a Prevenção e Tratamento de Feridas, nomeadamente úlceras de pressão, a Prevenção e Gestão de Quedas, entre outros.

ACESSIBILIDADE

A acessibilidade representa a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados, no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, e de acordo as necessidades individuais e independência face às condições sócio-económicas (OPSS, 2009), com o objectivo de obter ganhos em saúde (Justo, 2004 cit. por Sakellarides *et al.*, 2004). De acordo com o OPSS (2002 e 2009), uma das dimensões mais relevantes da gestão do acesso é a existência de um SI adequado

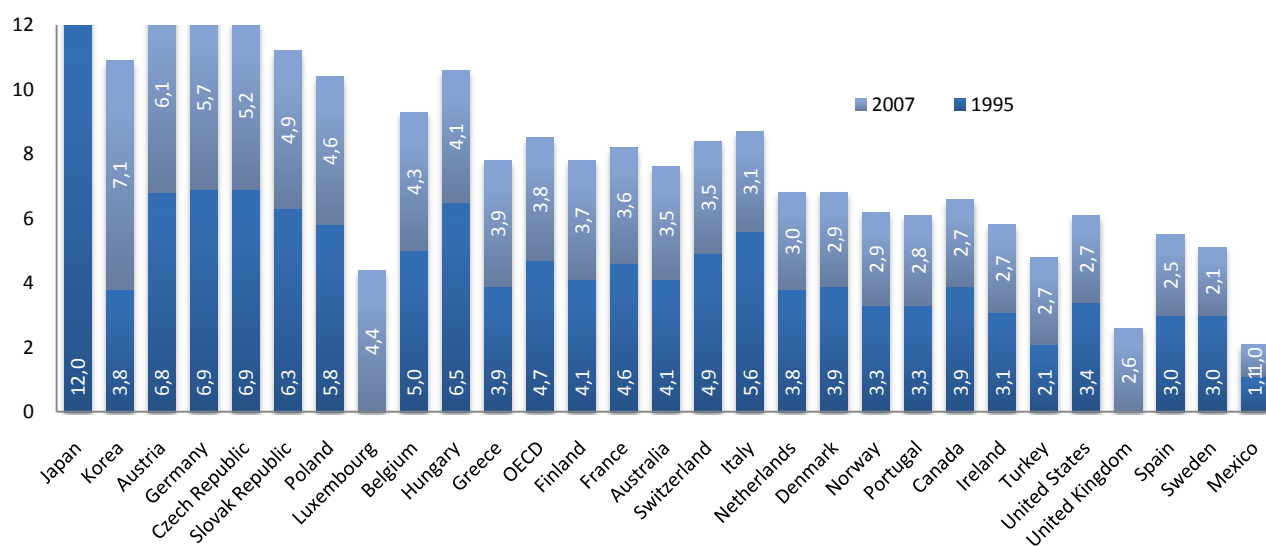
que facilite o acesso aos cuidados e permita aos seus utilizadores participar nas decisões que melhor salvaguardem a satisfação das suas necessidades em saúde, estimulando o *empowerment* do cidadão.

Em Portugal, existem, essencialmente, duas portas de entrada para o sistema prestador, o serviço de urgência e as consultas externas. A dificuldade no acesso aos cuidados de saúde baseia-se, principalmente, na desigual distribuição de recursos humanos, no baixo nível de recursos da população, nos reduzidos níveis de educação e qualificação e na dificuldade do acesso à informação e, por último, nas barreiras do acesso à medicina familiar e à provisão limitada de cuidados de saúde domiciliários (Sakellarides *et al.*, 2004 e OPSS, 2001), o que faz com que os doentes recorram ao serviço de urgência inadequadamente, prejudicando o acesso daqueles que realmente dele necessitam.

Nos CSH, a dimensão do acesso pode ser avaliada através de vários indicadores, na sua maioria de produção, nomeadamente, peso das primeiras consultas no total das consultas, lotação praticada, número e tempo de doentes em espera para cirurgia.

De acordo com dados da DGS, o número de gabinetes médicos para consulta, bem como o número de consultas (médicas e cirúrgicas) têm aumentado significativamente, à semelhança do número de primeiras consultas, no total de consultas, que passou de 24,7% em 2001 para 27,4 em 2008 (Portugal. Ministério da Saúde. ACS, 2010). Em termos de número de camas, verifica-se uma diminuição gradual, passando de 3,3 camas por 1000 habitantes em 1995 para 2,8 camas em 2007, valores que se situam abaixo da média dos países da OCDE, cerca de 4,7 em 1995 e 3,8 em 2007.

Gráfico 1: N.º de camas por 1000/hab (1995-2007)



Fonte: OECD Health Data, 2009

No entanto, a taxa de ocupação para o mesmo período manteve-se constante (73%), podendo inferir-se que tem diminuído o número de dias de internamento, bem como a demora média que passou de 7,9 dias em 1995 para 6,8 dias em 2007 (OECD, 2009a).

Por outro lado, a questão das Listas de Espera para cirurgia tem sido um assunto largamente discutido nos últimos anos e alvo de bastantes polémicas. A resposta programada e organizada a estas listas de espera iniciou-se em 1994, com diferentes designações, através de programas de combate às listas de espera que reconduziram o volume da espera e os tempos de espera a valores compatíveis com as necessidades e expectativas dos cidadãos (OPSS, 2009).

De acordo com Barros (2009), em Maio de 1999, estimava-se que cerca de 81 mil doentes do SNS estavam em lista de espera, com tempos de espera que excediam largamente o clinicamente aceitável, sendo que, nos anos subsequentes, este número elevou-se para cerca de 120 mil doentes. Nesse mesmo ano, apenas quatro patologias (anca, varizes, hérnias e cataratas) eram responsáveis por cerca de 2/3 dos casos de lista de espera, factores que determinaram a criação e implementação do Programa de Promoção do Acesso.

Desde 2004, está em curso o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), criado pela RCM 79/2004 de 24 Junho), que tem como principal objectivo “minimizar o período entre o momento em que um doente é encaminhado para a cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível”, em função da respectiva patologia.

Este sistema visa garantir a todos os doentes do SNS a igualdade/equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, programado em tempos máximos estabelecidos para todas as patologias, servindo-se de instrumentos de avaliação e controlo da actividade cirúrgica realizada a nível nacional para rentabilizar a capacidade instalada do SNS, aumentando, consequentemente, a eficiência (Portugal. MS. ACSS. SIGIC, 2007 e 2008).

Ao longo dos últimos anos, as listas de espera cirúrgica têm sofrido uma significativa evolução positiva, em resultado da forte pressão popular e da influência da comunicação social que tem obrigado os governos a adoptarem medidas organizativas e de gestão (OPSS, 2009). Segundo o OPSS (2006), em 2002 existiam cerca de 123.547 doentes em lista de espera com uma demora média de 571 dias e uma demora máxima de 1699 dias. Actualmente, de acordo com os últimos dados publicados, relativos ao ano de 2009, o número de doentes inscritos era de 164.751, com uma mediana de tempo de espera de 3,4 meses, correspondendo a uma variação homóloga, face ao ano anterior, de -5,4% e -8,1%, respectivamente, e face a 2005 de -33,7% e -60,5% (Portugal. MS. ACSS. SIGIC, 2010).

Saliente-se que, entre 2006 e 2008, a lista de inscritos para cirurgia teve uma diminuição progressiva de cerca de 21% no total, sendo 11,7% referente a 2007, conseguida, essencialmente, devido à redução do número de doentes em espera há mais de 9 meses, assim como pelo aumento da produção cirúrgica.

Acresce referir que o número de entradas em lista de inscritos para cirurgia foi de 426.949 em 2006, número que veio a aumentar progressivamente, situando-se nos 522.470 em 2008. Por outro lado, a actividade cirúrgica registou também um crescimento de 32% de 2006 para 2008 e, de forma similar, a cirurgia de ambulatório apresentou um incremento de cerca de 328%, correspondendo a 38% do total de cirurgias realizadas de 2007 para 2008 (Portugal. MS. ACSS. SIGIC, 2008).

Relativamente à distribuição por instituições no ano de 2008, a actividade cirúrgica repartia-se entre 63 hospitais públicos e 54 convencionados, com tempos de espera que variam entre 2 a 6 meses. O sector convencionado é responsável por cerca de 6% da actividade cirúrgica, o que determina um aumento de 6,7% face ao ano anterior e representa um aumento global da produção em 12% face a 2007; a produção em hospitais públicos remunerada por episódio (modalidade remuneratória alternativa) representa 13,4% do total da actividade programada (Portugal. MS. ACSS. SIGIC, 2008).

No que se refere à adequação dos serviços e ao acesso ao tratamento cirúrgico, as regiões que apresentam um maior tempo de espera são as de LVT e do Centro e, bem assim, uma resposta menos eficiente por parte dos hospitais convencionados (Portugal. MS. ACSS. SIGIC, 2007).

A existência de listas de espera é um dos aspectos mais controversos no funcionamento de um sistema de saúde, constituindo, do ponto de vista económico, um mecanismo de racionamento da procura alternativo ao preço (Barros, 2006). Enquanto modelo de regulação da actividade relativa a doentes propostos para cirurgia e a doentes operados, assenta nos princípios da equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, na transparência nos processos de gestão e na responsabilização dos doentes no SNS (Portugal. MS. ACSS. SIGIC, 2008). Constitui, de facto, uma questão complexa, sendo indispensável proceder à normalização da informação e promover a transparência na divulgação dos resultados sobre a situação real do acesso e da produtividade dos serviços de saúde (OPSS, 2009).

Saliente-se, ainda, que através da Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, foi implementado o Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH). Este sistema tem como objectivo facilitar o acesso dos cidadãos à 1ª consulta de especialidade hospitalar, tratando todos os utentes na marcação da consulta de modo igual, informar os cidadãos, de forma transparente, sobre o estado do pedido de consulta e o tempo de resposta do hospital, conhecer o tempo de resposta em todos os hospitais, por especialidade e, bem assim, envolver os hospitais e as unidades de CSP na

melhoria da capacidade de resposta do SNS, aumentando a efectividade e eficiência na prestação de cuidados.

No Relatório Primavera (2010) encontram-se referidos os primeiros resultados de um estudo sobre a efectividade deste sistema, iniciado em 2009 e cujo término ocorrerá em 2013, onde se conclui, por ora, que o tratamento dos pedidos de consulta de gastroenterologia e oftalmologia constitui um risco para a situação clínica dos doentes, imputável à demora nos pontos de análise do processo do pedido e do diagnóstico. Acresce que a resposta verificada nas categorias com indicação de muito prioritário e prioritário ultrapassa significativamente os valores considerados como garantidos, particularmente, na oftalmologia, aproximando-se, contudo, no caso dos doentes classificados como prioritários da gastroenterologia. Por último, constata-se desigualdades inter-regionais, particularmente nos hospitais das ARS do Norte e Centro, tratando-se da gastroenterologia e, da ARS de Lisboa e Vale do Tejo no que respeita à oftalmologia. Nos 3 casos a distância à média nacional é considerável, contribuindo para as iniquidades horizontais no acesso.

A grande variabilidade inter-regional na gestão dos fluxos internos dos pedidos de consulta, apontam para a necessidade de um acompanhamento rigoroso dos tempos de espera nos pontos de envio para marcação de consulta, avaliação e marcação da consulta, bem como, na realização da consulta (OPSS, 2010).

Na dimensão da acessibilidade, destacamos, também, o caso da obesidade, associada a uma elevada prevalência, morbilidade e mortalidade que, directa ou indirectamente, determinam a diminuição da qualidade de vida, elevados custos e dificuldade do tratamento. De acordo com dados da OCDE (OECD, 2009b), cerca de metade ou mais de metade da população adulta tem excesso de peso ou é obesa em 13 países da OCDE, incluindo Portugal (16% dos homens e 15% das mulheres são obesos, coincidindo com a média dos países da OCDE). Em 2009, para garantir o acesso atempado do doente com obesidade grave, foi criado o Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), onde os procedimentos cirúrgicos são realizados por unidades prestadoras de cuidados de saúde, privadas ou sociais, em sede de convenções estabelecidas no âmbito do SIGIC.

Acresce referir, a criação e aprovação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, cujo objectivo passa por “garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada doente” (Lei 41/2007, de 24 Agosto), devendo, ainda, definir os tempos máximos de resposta garantidos e o direito de informação sobre essa actividade aos utentes.

No contexto da acessibilidade, saliente-se, ainda, as Redes de Referenciação Hospitalar (RRH) que constituem “sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos

serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional” (Portugal. MS. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços e Planeamento, 2001).

Para além disso, é também importante referir a criação da Saúde 24 e a Reforma em curso nos CSP que visam, de uma forma geral, melhorar a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde, aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores, bem como promover maiores níveis de eficiência.

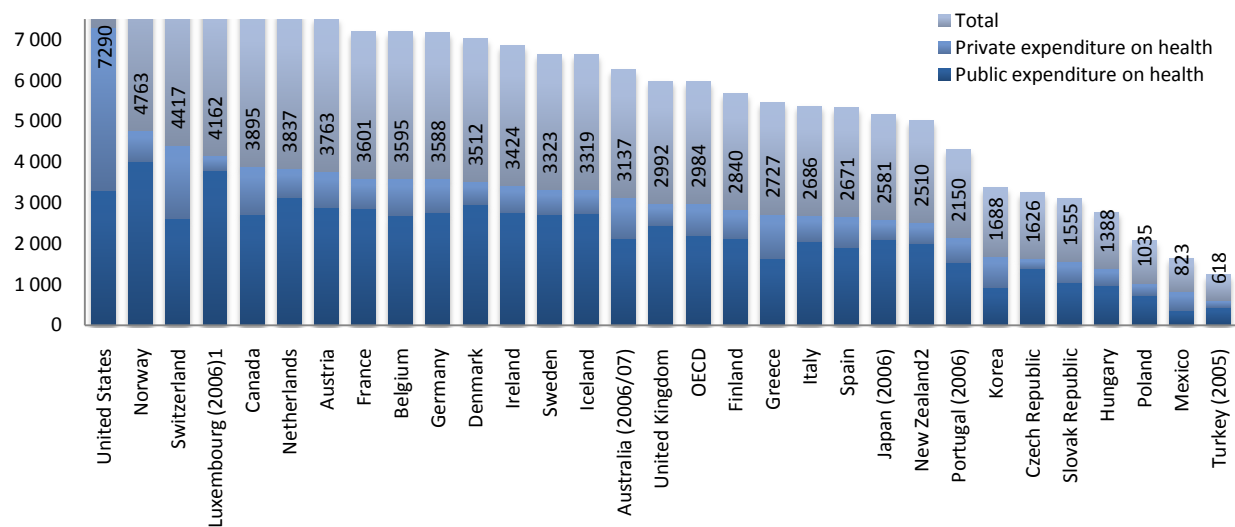
SUSTENTABILIDADE

A maioria dos países da OCDE debate-se, actualmente, com um problema de insuficiência de recursos para a saúde, por força do crescimento das despesas a um ritmo, significativamente superior ao do crescimento da riqueza dos vários países (Simões, 2008), muito associado ao envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida e às inovações tecnológicas.

Em Portugal, a despesa com a saúde face ao PIB cresceu ao longo dos anos de 2,5% em 1970 a 8,8% em 2000 e, segundo os últimos dados da OCDE, representam, em 2006, cerca de 9,9% do PIB (OECD, 2009a e 2009c), valor acima da média dos países desta organização que, em 2007, se situava nos 9% (variação entre 16% nos EU e menos de 6% no México e Turquia).

No entanto, apesar de Portugal utilizar uma grande proporção do PIB em gastos com a saúde, o valor *per capita* é inferior, quando comparado, no mesmo período, com a média dos países da OCDE (2,984 USD), representando cerca de 2,150 USD (OCDE, 2009a).

Gráfico 2: Despesa em saúde *per capita* (pública/privada) 2007



Legenda: 1. Despesa em saúde na população não coberta e da população não residente. 2. Despesa corrente em saúde
Fonte: OECD Health Data, 2009.

Neste contexto, destaca-se também a temática da sustentabilidade, nomeadamente, a necessidade de acautelar que o SNS, face a orçamentos restritivos, continue a garantir o melhor acesso aos cuidados de

saúde com níveis de qualidade acrescidos, o financiamento em função da capacidade financeira dos cidadãos e uma distribuição equitativa dos recursos com base nas necessidades da população (Escoval, Matos, 2009).

Actualmente, grande parte do financiamento da saúde é absorvida pelos hospitais, representando, em 2007, cerca de 52,5% (Portugal. MS. ACSS. UOGF, 2009). Os recursos financeiros são alocados através de contrato-programa, no qual são fixados os objectivos por linha de produção e o pagamento é realizado com base na actividade realizada, de acordo com um preço-base por grupo de hospital, que faz com que os prestadores tenham a possibilidade de se focarem numa produção eficiente dos serviços definidos pelo comprador (Ferreira *et al.*, 2010 e EOHSP, 2007), no sentido de dar resposta às necessidades de saúde da população.

Este processo tem permitido a reafecção de recursos para intervenções mais custo-efectivas e contribuído para o desempenho dos prestadores, através de incentivos financeiros à melhoria da qualidade e eficiência e o aperfeiçoamento dos mecanismos de monitorização, originando transparência e alguma competição entre os vários prestadores (Ferreira *et al.*, 2010). Tem também uma importante função na especificação das responsabilidades e benefícios de cada uma das partes e a partilha de risco, no caso de ocorrência de eventos não expectáveis (Escoval, Matos, 2009).

No contrato-programa, com o intuito de atingir os objectivos de qualidade e eficiência, na área do desempenho económico-financeiro, são contemplados dois indicadores: custo unitário por doente padrão e resultado operacional. No conjunto dos hospitais têm vindo a verificar-se resultados operacionais negativos e, consequentemente, resultados líquidos também negativos, sendo as rubricas de maior peso a dos custos com pessoal e das matérias de consumo (Portugal. MS. ACSS, 2009).

É importante referir que a grande maioria dos recursos atribuídos aos hospitais são canalizados para os serviços de urgência (com cerca de 10 milhões de observações por ano), sendo um dos factores de ineficiência e desperdício do SNS (Delgado, 2008).

Relativamente aos recursos humanos, verifica-se uma diminuição das deficiências ocorridas em anos anteriores, em particular o aumento da proporção de médicos especialistas nos hospitais, bem como o aumento do número de enfermeiros, que resultaram de uma política do governo em relação às vagas para a formação de diferentes especialidades (EOHSP, 2007). No entanto, um aparente défice de recursos médicos no funcionamento hospitalar tem sido evidenciado pela aquisição pontual de serviços médicos (profissionais individuais e empresas) através de expedientes de outsourcing, sem que esteja determinada a sua real dimensão (Santana, 2009) e impacto.

Para assegurar a sustentabilidade financeira dos hospitais têm também sido implementadas diversas medidas, tais como a criação das PPP para a construção de novos hospitais, a criação de centros

hospitalares, a empresarialização dos hospitais, a actualização do preço das taxas moderadoras, o encerramento de blocos de partos em alguns hospitais em que a afluência era muito reduzida, a contratualização da actividade e a reorganização dos serviços de urgência (Simões, 2008).

De acordo com Ferreira *et al.* (2010), é importante referir que o desenvolvimento da contratualização, como instrumento para a sustentabilidade e melhoria da qualidade em saúde, é indissociável das modalidades de pagamento, da transparência e publicitação dos resultados e de um sistema de indicadores estandardizados, devendo focar-se nas necessidades em saúde das populações, eliminando o hiato entre o estado de saúde actual e o estado de saúde desejável. Segundo Escoval (2008), a sustentabilidade só parece possível se a distribuição de recursos for vista numa óptica não só de resposta ao tratamento da doença, mas no investimento na promoção da saúde e prevenção da doença, daí a importância crescente da articulação entre os vários níveis de cuidados.

Por fim, e de acordo com EOHSP (2007), saliente-se que a evolução do Sistema de Saúde Português e, consequentemente, dos CSH, tem sido positiva, em particular, naquilo que se refere aos ganhos em saúde e aumento da produção do SNS e eficiência generalizada. Relativamente aos indicadores em saúde, tem vindo a verificar-se uma melhoria significativa, principalmente naqueles que se relacionam com a saúde infantil, com a esperança média de vida, com a mortalidade e morbilidade em termos gerais e com a mortalidade nas várias patologias (WHO, 2010).

CONTINUIDADE DE CUIDADOS E COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL

A evolução do acesso aos cuidados de saúde é influenciada pelo desenvolvimento do sistema de saúde (Sakellarides *et al.*, 2004), sendo fundamental verificar a articulação com outras instituições, bem como a intersectorialidade. Por outro lado, a questão da acessibilidade é também relevante para a credibilidade do próprio sistema de saúde, pois um sistema que não oferece respostas adequadas quando é procurado, não é seguro nem efectivo para os seus utilizadores.

O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico, o aumento progressivo da esperança média de vida e, consequentemente, dos anos de vida sem saúde e do aumento da dependência funcional significam necessidades adicionais de cuidados. Para além disso, a grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos com consumo de cuidados superiores aos da população em geral, que não necessitam de uma intervenção dirigida à cura de uma situação aguda, mas sim de uma nova abordagem que integre o sistema de saúde e de segurança social, direccionada para o indivíduo, com necessidades de apoio nas actividades básicas de vida e nos cuidados de reabilitação e de reinserção (Costa, 2009), com respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade (Portugal. MS. MCSP, 2007).

Os doentes que, actualmente, recorrem ao hospital apresentam necessidades de cuidados que vão muito além da cura e que possibilitem uma vida com maior autonomia e com a melhor qualidade de vida (Costa, 2009), pelo que um dos objectivos do sistema de saúde, a que o PNS também deverá apelar, consiste na articulação dos cuidados hospitalares com outros prestadores de cuidados, entre eles os CSP e Cuidados Continuados Integrados (CCI), com necessidade de cooperação intersectorial e interinstitucional. Neste sentido, foi criada a RNCCI cujo objectivo geral é a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (DL n.º 101/2006 de 6 de Junho), quer temporária, quer prolongada.

Com efeito, a RNCCI tem por base os princípios da integração dos cuidados de saúde e apoio social, materializando a intersectorialidade, internacionalmente defendida como fundamental para dar resposta às necessidades das populações, para obtenção de ganhos em saúde e promoção da eficiência (OPSS, 2009) e, como objectivo, reduzir a demora média e as readmissões não programadas no hospital, visando a adequação de recursos e a coordenação e comunicação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, conduzindo a uma maior satisfação do doente e família.

Saliente-se, também, o desenvolvimento no nosso país do modelo de Gestão Integrada da Doença que constitui uma abordagem compreensiva e integrada à gestão da saúde dos cidadãos, através do recurso a *guidelines* e boas práticas baseadas na evidência científica específicas para cada doença, actualmente aplicada ao subgrupo alvo dos doentes com IRC (Insuficiência Renal Crónica) que se encontram em programas de diálise (OPSS, 2010).

Neste modelo, destaca-se a inovadora modalidade de pagamento (um valor compreensivo global por doente e por um período de tempo predeterminado), um conjunto de indicadores de processo e de resultados relacionados com critérios de qualidade específicos da doença, a relação directa entre pagamento e cumprimento dos objectivos terapêuticos acordados e, ainda, o estabelecimento de mecanismos de auditoria de informação, monitorização, acompanhamento e avaliação (OPSS, 2010).

Uma vez mais, refira-se que os Sistemas de Informação (SI) e o compromisso da tutela na sua consolidação e evolução representam os factores críticos de sucesso dos modelos de Gestão Integrada da Doença (GID). De especial relevância, considerando o papel de acção social do Estado no campo da saúde, será a análise deste modelo de Gestão Integrada da Doença numa perspectiva de ganhos de eficiência e de qualidade para as populações portadoras de doença crónica, e dos seus benefícios na melhoria da saúde global e da qualidade de vida destes doentes a um custo sustentável.

Na perspectiva da continuidade de cuidados, não poderíamos igualmente deixar de referir as Unidades Locais de Saúde (ULS) que prestam cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente, aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de

entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, assegurando, ainda, as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica abrangida.

O DL n.º 207/99, de 9 de Junho, instituiu a experiência inovadora da ULS de Matosinhos integrando, numa única entidade pública (dotada de gestão empresarial), os hospitais e centros de saúde do município de Matosinhos. Esta experiência foi alargada em 2006, através do D.L. n.º 50-B/2007 de 28 de Fevereiro, criando-se a ULS do Norte Alentejano, aliando o modelo de unidade local de saúde à forma de gestão característica das entidades públicas empresariais. Posteriormente, pelo D.L. n.º 183/2008, de 4 de Setembro, são ainda criadas as ULS do Alto Minho, EPE, ULS do Baixo Alentejo, EPE e a ULS da Guarda, EPE e, pelo DL n.º 318/2009, a ULS de Castelo Branco, EPE. Saliente-se que estas unidades adoptaram recentemente um modelo de financiamento por capitação global, ajustada pelo risco, no qual são consideradas as características e necessidades de saúde da população, traduzidas num coeficiente de ajustamento global, baseado em indicadores da população em risco e da prestação de cuidados de saúde (Portugal. MS. ACSS, 2009).

Para além de uma forte determinação na prossecução dos objectivos definidos, uma administração mais flexível e cooperante e uma efectiva garantia de acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade, a árdua tarefa de manter um SNS eficiente e sustentável requer ajustes contínuos e, em determinados momentos e sob certas circunstâncias, a introdução de novos processos organizacionais, modelos de financiamento mais adequados e iniciativas que envolvam a inovação tecnológica, os cuidados preventivos e modelos direccionados para a centralidade do utente.

Esta necessidade de mudança converge na procura de respostas para os problemas assinalados por Barros e Simões (2007), como a existência de serviços de ambulatório públicos inadequados e uma elevada taxa de utilização dos serviços de urgência, extensas listas de espera para procedimentos cirúrgicos e evidência contraditória sobre a satisfação dos consumidores e profissionais relativamente aos serviços públicos.

Campos (2009) também salienta que, embora se tenha verificado uma melhoria de alguns indicadores de saúde e das condições de acesso, continuam a persistir problemas ao nível dos CSH, entre outros, a desactualização da carta hospitalar, uma excessiva verticalização dos hospitais, a crescente escassez de médicos, principalmente na área de medicina geral e familiar, insuficiente investigação independente, ausência de avaliação de novas tecnologias e a manutenção de algumas formas de financiamento inadequadas. Adicionalmente, o mesmo autor refere deficiências ao nível da informação sobre a qualidade dos cuidados e desempenho das instituições, falta de avaliação do impacto de algumas reformas (Centros Hospitalares e ULS), uma articulação frágil com os cuidados continuados e ausência de resposta adequada aos doentes crónicos.

Revela-se, contudo, necessário proceder com alguma cautela quando procuramos introduzir mudanças no sistema, uma vez que aqueles aspectos que funcionam bem não deverão ser afectados. Nesta medida, será útil identificar, com rigor, os pontos fortes e fracos que norteiam a prestação de cuidados de saúde, bem como as oportunidades disponíveis e os perigos que a ameaçam. Por outras palavras, cumpre questionar que aspectos devem ser salvaguardados na gestão da mudança das organizações hospitalares contemporâneas e quais as componentes que podem e devem ser alteradas para patamares mais adequados de operacionalidade e eficiência.

Tendo estas considerações em mente, foi desenvolvida uma análise SWOT dos CSH, através de uma reunião de brainstorming, com recurso a um grupo de pessoas com competências na área da gestão hospitalar, cuja tarefa consistiu, essencialmente, em gerar um conjunto de ideias que traduzissem o diagnóstico interno, através do reconhecimento dos pontos fortes e fracos, e o diagnóstico externo, consubstanciado pela identificação das ameaças e oportunidades do meio envolvente. Da associação de

ideias, construção e reconstrução, chegou-se a uma matriz SWOT (Anexo II), posteriormente, submetida à reflexão de um grupo de especialistas que, através de uma técnica de grupo nominal, procederam à sua validação e priorização (Anexo II). O painel escolhido reuniu um conjunto de gestores de topo públicos e privados com experiência e competências reconhecidas na área da gestão hospitalar, e a ideia subjacente à avaliação realizada passou por contribuir para um contínuo debate informado sobre como os CSH deverão ser organizados, sem perder de vista o objectivo de delinear uma visão de futuro.

Tendo por base os conhecimentos, ensinamentos e tendências para o sector, obtidos pela revisão das práticas internacionais, considerando a conjuntura actual dos CSH no nosso país, a análise SWOT e as reflexões do grupo de trabalho, pretende-se, no presente capítulo, explorar as questões e ideias principais levantadas pelo objecto da análise, reunindo, para o efeito, um conjunto estruturado de opiniões fundamentadas.

Para facilitar a exposição e apresentação dos elementos críticos, a reflexão assentou em quatro dimensões de observação.

Figura 5: Dimensões de observação na análise crítica



Finalizamos o presente capítulo, enunciando aqueles aspectos que nos parecem ser os principais desafios para os CSH em Portugal.

I DIMENSÕES DE OBSERVAÇÃO

CLINICAL GOVERNANCE

Ao nível das organizações que prestam cuidados de saúde, nomeadamente os hospitais, os conceitos de governação clínica (*clinical governance*) e de governação hospitalar (*hospital governance*) assumem uma importância vital. Estes conceitos têm subjacente o conceito de governação organizacional, nomeadamente no que se refere à prestação de contas/responsabilização e transparência, contudo, a governação clínica centra a sua análise na prática clínica e a governação hospitalar centra-se nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo da organização (OPSS, 2006).

O SNS tem como principal objectivo promover o acesso e uma prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível. Neste contexto, o hospital desempenha um papel fundamental, pois permite que possam ser concentrados os recursos necessários para que se verifique um nível de especialização dos serviços e uma concentração de recursos adequados (tecnologia de ponta), aliados a uma priorização dos objectivos de segurança e qualidade.

A segurança e a qualidade devem, assim, ser analisadas de acordo com uma abordagem sistémica e considerando as diferentes vertentes que lhe estão associadas, para que seja possível concertar acções com vista a melhores resultados para o cidadão.

Em termos de segurança, o risco de infecções, apesar de ser um problema crescente, representa apenas um factor menor, relativamente à segurança do doente e dos resultados clínicos. As competências e experiência dos profissionais que prestam os cuidados representam um factor bem mais importante no sucesso do tratamento, principalmente se representarem um procedimento cirúrgico numa área de especialidade.

De acordo com *Farrington-Douglas e Brooks (2007)*, o *Bristol Inquiry* concluiu que os sistemas e os processos existentes para melhorar a qualidade e desenvolver uma cultura de segurança são cruciais para a melhoria dos resultados, no entanto, a consciência do doente para os riscos e variações na qualidade e segurança é baixa.

Em Portugal, parece não existir evidência sobre a frequência e causas de insegurança na prestação dos cuidados, o que nos remete para a necessária criação de incentivos à investigação nesta área, no sentido de obter alguns ensinamentos e entendimentos sobre os seus reais danos em ambiente hospitalar (França, 2008).

Por outro lado, com o aumento da complexidade de alguns tipos de prestação de cuidados, acompanhado pelos avanços na cirurgia e tecnologias, os profissionais tornaram-se mais especializados numa determinada patologia ou técnica, impondo-se rever a viabilidade da concentração de recursos em algumas áreas.

Um estudo de caso sobre o tratamento de doentes que tinham sofrido um ataque cardíaco (*Farrington-Douglas e Brooks, 2007*) comprova que, ao centralizar serviços de cardiologia, será mais provável que o doente sobreviva, caso seja directamente transportado para um centro especializado do que para um hospital local.

Com efeito, tem vindo a defender-se a centralização de alguns serviços para uma melhoria da segurança do doente, da equipa de especialistas e do hospital. Porém, em Portugal, a actual distribuição do parque hospitalar e dos cirurgiões e outros profissionais especializados não se baseia nas necessidades em saúde ou de especialização, sendo evidente a indispensabilidade de uma reforma nesse sentido.

Assim, de modo a proteger o doente e prestar cuidados com segurança, alguns hospitais, que servem populações de dimensão reduzida, deverão proceder à transferência de alguns serviços, em particular aqueles que integram as cirurgias complexas em situação aguda. Esta centralização não significa o fecho de hospitais mais pequenos, mas sim uma adaptação às necessidades da comunidade, uma maior

segurança na prática, permitindo, ainda, a criação de redes articuladas entre os diferentes níveis de cuidados, incluindo o sector social.

Por outro lado, o domínio na acreditação dos estabelecimentos em termos organizativos ou de infra-estruturas em detrimento da componente clínica do processo de prestação de cuidados, a qual se baseia, essencialmente, na perspectiva dos processos e pouco nos resultados, é também um factor a reter e que deverá ser atendido com especial atenção.

Consequentemente, exigem-se desenvolvimentos ao nível dos actuais contratos-programa, designadamente a adopção de indicadores que influam na qualidade técnica e científica das prestações, bem como nos aspectos de evolução.

Por fim, a inexistência de práticas consolidadas ao nível do *benchmarking* impossibilita a disponibilização de informação sobre as melhores práticas, cumprindo-nos aqui remeter para o caso da Alemanha com políticas consolidadas e de sucesso nesta área.

ACESSO E EQUIDADE

(...) rationalizing secondary care services and shifting more services into primary care would improve standards and save lives (...). (Letter of leading doctors from the Academy of Medical Royal Colleges, cit. por Iacobucci, 2010)

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e uma resposta pronta e eficiente, susceptível de proporcionar o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Para isso, as diferentes unidades de saúde têm de coordenar-se, entre si, de forma a evitar quebras na prestação de cuidados de que possam resultar eventuais danos ao utente.

Acresce que garantir a equidade geográfica e populacional no acesso a cuidados de saúde exige uma estratégia de modernização do sistema de saúde ao nível dos cuidados de proximidade, designadamente, a requalificação dos serviços de CSP e atendimento urgente.

A evidência internacional demonstra, também, que a reconfiguração do parque hospitalar potencia um melhor acesso aos cuidados de saúde, sugerindo que a concentração de especialistas em menos hospitais de cuidados agudos e em centros de elevada diferenciação permitirá uma maior capacidade para que outros serviços, como as cirurgias de rotina e cuidados de ambulatório, sejam transferidos de hospitais gerais para a comunidade.

A este propósito, o *Department of Health* evidencia um estudo realizado em *Somerset*, num hospital de base comunitária, em que doentes com infeções urinárias eram diagnosticados e tratados no mesmo dia. Este procedimento permitiu reduzir o número de referenciações para os cuidados especializados em 85% e corrigir erros de prescrição (UK. Department of Health, 2006), evidenciando que, em algumas

componentes da prestação, os doentes podem receber cuidados com maior qualidade e segurança na sua comunidade, ao nível dos CSP ou em centros de tratamento, mais custo-efectivos e com maior facilidade de acesso.

Em Portugal, como já foi referido, a linha telefónica Saúde 24, com o objectivo de descongestionar os serviços de urgência, e a reforma em curso dos CSP, que tem possibilitado, por exemplo, um alargamento dos horários de atendimento e a possibilidade do doente obter uma consulta no próprio dia, indiciam melhorias no acesso, muito embora não se saiba ainda qual o real impacto destas medidas.

Neste sentido, veja-se o estudo de Soares *et al* (2006) que avaliou a efectividade da triagem telefónica efectuada pelo Serviço Saúde 24 na urgência pediátrica do Hospital São Francisco Xavier, tendo concluído que este serviço contribuiu para o descongestionamento das urgências pediátricas, ao referenciar apenas uma pequena percentagem de crianças triadas; contudo, grande parte dos doentes referenciados não apresentou patologia que justificasse a sua ida à urgência hospitalar, reflectindo as limitações de qualquer triagem baseada em dados subjectivos fornecidos pelos pais.

Refira-se, também, o programa das doenças cardio-vasculares onde se têm divulgado melhorias, em termos do acesso, sobretudo em situações de urgência/emergência através da via verde do AVC, com um aumento de internamentos de 2,3% para 4,5%, entre 2006 e 2008. Similarmente, na área da doença cardíaca, face ao aumento de unidades especializadas com cobertura nacional, a letalidade intra-hospitalar por doença isquémica passou de 6,7% (2004) para 5,8% (2008), muito próximo da meta fixada no PNS 2004-2010 (5%) (Portugal. MS. ACS, 2009).

Apesar das iniciativas em curso, note-se, contudo, que mantendo-se uma desigual distribuição de recursos humanos, dificuldades generalizadas no acesso à informação, barreiras à medicina familiar e na prestação de cuidados de saúde domiciliários e um recurso inadequado ao serviço de urgência, com prejuízo no acesso aos doentes que dele efectivamente necessitam, os problemas de acesso continuarão a ser uma realidade.

Acresce que o sistema de informação actualmente em vigor não facilita o acesso aos cuidados nem permite o envolvimento dos seus utilizadores nas decisões que melhor salvaguardem a satisfação das suas necessidades em saúde, desincentivando escolhas informadas e potenciando o desperdício.

Como já referimos, a evidência sugere que alguns serviços sejam desenvolvidos na comunidade para que se verifique uma melhoria do acesso. Neste domínio é importante enfatizar a relação entre o volume e resultados, dado que muitos procedimentos podem ser realizados a nível local, com garantias de qualidade, em prejuízo do recurso a centros especializados. Por exemplo, procedimentos como os partos, fracturas da anca ou cataratas podem ser realizadas de modo seguro em hospitais mais pequenos, tendo

como suporte a telemedicina e os cuidados ambulatoriais (UK. Department of Health, 2003; UK. Department of Health, 2004).

Segundo *Tanner* (2008), países como o Canada, Reino Unido e Espanha racionalizaram fortemente a prestação dos cuidados de saúde ou apresentam longas listas de espera, enquanto a França, de um modo geral, conseguiu evitá-las.

Numa tentativa de ultrapassar a questão das listas de espera de cirurgias electivas, muito doentes, em alguns países da UE, ultrapassam fronteiras para obter cuidados mais céleres. Em resultado, alguns desses países, como o Reino Unido, estão a proceder ao reembolso de despesas em determinados casos. Por outro lado, para alguns países, diminuir as listas de espera significa exportar doentes para outros países ou importar serviços para aumentar o volume de serviços prestados (*USA. The Joint Comission*, 2008). O fenómeno recente do “*medical tourism*” tem sido alvo de grandes polémicas e revela-se uma preocupação para o hospital do futuro, à partida, porque implica conciliar a importância do direito individual de escolha do doente, com a eventual falha da sociedade no cumprimento do seu contrato social, sem esquecer os elevados custos associados, num contexto de escassez de recursos.

Em Portugal a assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do SNS rege-se pelo estipulado no Decreto-Lei n.º 177/92 de 13 de Agosto e na Circular Informativa nº 16/DQS/DMD de 22/04/2010 (Portugal. MS. DGS, 2010), em que o doente, encaminhado pelo médico de família e após consulta da especialidade e respectivo relatório clínico, recebe assistência médica especializada em qualquer país estrangeiro que, por falta de meios técnicos ou humanos, não possa ser realizada em território nacional, mediante um parecer de uma Comissão de Assessoria Técnica e submissão à decisão do Director-Geral da Saúde. Trata-se, contudo, de uma área que sofrerá alterações consideráveis nos próximos anos, por via da directiva europeia recentemente publicada, com consequências imponderáveis a nível da sustentabilidade do sistema de saúde e a nível da própria existência de alguns hospitais, sobretudo os situados nas regiões de fronteira.

Para solucionar a questão das listas de espera em Portugal, não existindo uma sustentabilidade nos hospitais, ao nível dos recursos especializados, foi criado o já referido SIGIC que prevê a emissão de vales de cirurgia e notas de transferência, de forma a possibilitar ao utente que já atingiu os 75% do tempo máximo de espera, ou quatro meses, caso sejam prioritários, o tratamento necessário em entidades alternativas. Contudo, o normativo regulador do SIGIC prevê a recusa da transferência do processo por parte do utente. Entre Dezembro de 2004 e Junho de 2007, já tinham recusado vales de cirurgia 22.141 doentes (17% de um total de 128.868).

De acordo com um estudo nacional, os principais motivos de recusa dos vales estavam relacionados, entre outros, com o défice de informação de todos os envolvidos no processo de gestão de inscritos para

cirurgia; o utente não pretender mudar de médico/hospital de origem (sendo este motivo o mais valorizado); a indisponibilidade do utente para usar vale-cirurgia/nota de transferência durante a sua validade e o utente não querer deslocar-se para fora da área de residência. Adicionalmente, constatou-se que 40% das razões apuradas para a recusa de vales de cirurgia apontavam para uma má gestão do utente na lista de inscritos para cirurgia, já que implicam matérias que deveriam ter conduzido a uma não transferência para a Unidade Central (Portugal. MS. SIGIC, 2008).

Ainda em termos de acesso numa perspectiva nacional, evidenciam-se alguns problemas motivados pelo aumento da lista de inscritos de 426.949 (2006) para 522.470 em 2008, devendo referir-se que, frequentemente, para evitar o tempo de espera de uma cirurgia no hospital público, os doentes, através de pagamentos directos, recorrem ao sector privado e mesmo a serviços fora do país, como é o caso de Espanha.

Um outro aspecto a salientar, na vertente do acesso e equidade em análise, prende-se com o actual modelo das redes de referência hospitalar (RRH) que têm assumido um papel meramente orientador, muito aquém daquela que é a sua função reguladora das relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, permitindo situações de autofagia e de desnatação, perfeitamente arbitrárias, com consequências graves para as populações das regiões mais afastadas dos grandes centros.

Neste sentido, em estudo recente, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) salientou a necessidade de as ARS definirem, publicitarem e ordenarem, para cumprimento por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, as RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência (Portugal. MS. ERS, 2010).

SUSTENTABILIDADE

O contexto económico-financeiro e a consequente necessidade de equilíbrio orçamental implicam a introdução de medidas de controlo da despesa pública, visando uma redução do défice do Estado, com necessárias implicações na área da saúde, nomeadamente, na contenção dos investimentos e da despesa corrente do sector.

O objectivo da equidade e solidariedade no financiamento, em saúde, tem sido difícil de garantir num contexto de permanente contenção da despesa pública.

Em diversos países, como a Alemanha e a França, assistimos à adopção de planos de racionalização dos custos com os respectivos sistemas de saúde. Em Portugal, verifica-se igualmente o lançamento de iniciativas legislativas, com o objectivo de controlar os custos globais do SNS, não se podendo excluir eventuais reflexos em termos operacionais e de resposta atempada aos utentes do SNS.

No entanto, mais do que medidas conjunturais, que projectam a despesa para os anos seguintes criando uma ilusão de ganhos de eficiência, são necessárias medidas estruturais que permitam uma maior flexibilidade organizacional e operacional, de modo a que cada hospital/centro hospitalar possa adequar a sua estrutura às necessidades da população que serve e seu perfil assistencial. É imperiosa a introdução de medidas que permitam um novo modelo de governação hospitalar.

Neste contexto, salienta-se a importância da natureza crítica de optar por investir na construção de novos hospitais ou na manutenção daqueles que representam, em termos estruturais, um enorme peso ao nível de ineficiência estrutural e dos custos operacionais que comprometem a sua viabilidade futura.

O actual Governo tem em curso um plano de requalificação das estruturas hospitalares para o período de 2009-2013, que inclui a construção de novos hospitais em modelo de Parceria Pública Privada (PPP) (Portugal, AR, 2010). Salientamos que tais iniciativas, num contexto de grave crise financeira, recomendam uma clarificação e avaliação rigorosa do modelo aplicado na Saúde, designadamente, nas questões relacionadas com a transferência do risco e do seu impacto na garantia dos princípios básicos de equidade no acesso e na qualidade.

Reportando-se aos principais problemas assinalados nas suas análises e numa perspectiva de garantia de sustentabilidade do sector, Simões, Barros e Pereira (2007) recomendam uma maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzida numa menor despesa e menor taxa de crescimento da despesa pública em saúde, realçando, ainda, que situações de desperdício abrem espaço para a introdução de melhorias do SNS. Apontam, ainda, a necessidade de investimento nos CSP e na sua função de gatekeeping, melhorias dos SI e referenciação no seio do SNS, um alargamento da RNCCI em favor da redução de camas de agudos, a revisão da rede hospitalar, tendo em atenção o seu impacto no modelo de prestação de cuidados de saúde, o desenvolvimento de um sistema nacional de acreditação da qualidade e a sua ligação aos pagamentos realizados às instituições prestadoras de cuidados, a revisão do sistema de convenções, o investimento progressivo e efectivo na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de doenças como as oncológicas, cardiovasculares, diabetes e HIV/SIDA.

Neste contexto, será importante que as ordens profissionais assumam o seu papel de normalização técnica no âmbito da prestação de cuidados e que se clarifiquem os papéis entre o sector público e privado: o estado forma profissionais (que desempenham uma função social) devendo impor algumas regras que assegurem o retorno do seu investimento na formação e, por outro lado, não deve permitir que a “concorrência” faça a gestão do seu mercado dentro das próprias instituições do SNS.

Aqueles autores (Simões, Barros e Pereira, 2007) defendem, como factor para a sustentabilidade, a gestão estratégica dos recursos humanos da saúde, a partir das necessidades identificadas, e a actualização da realidade demográfica das profissões de saúde.

Com efeito, os recursos humanos revelam-se, actualmente, uma área crítica, sendo de notar que o número de médicos por 1000/hab aumentou cerca de 89,5% entre 1979 e 2007, ao passo que o rácio de médicos de CSP diminuiu ligeiramente nos últimos 30 anos de 0,84 para 0,70/1000/hab (Santana, 2010). Neste sentido, as alterações previstas que penalizam a idade da reforma poderão levar ao abandono precoce do sistema de saúde de centenas de profissionais, com especial impacto nos CSP.

Sem profissionais efectivos e empenhados será pouco provável que uma reforma da saúde alcance o sucesso (Martineau e Buchan, 2000).

Actualmente, em Portugal, verificam-se significativas assimetrias regionais, em que persiste uma elevada concentração de profissionais de saúde qualificados nos hospitais situados em grandes centros urbanos e uma manifesta carência no interior. Além disso, a grande maioria dos profissionais de saúde pratica o pluriemprego com repercussões muito negativas sobre o desempenho individual e a eficiência global do sistema. Estas e outras questões determinam a fragilidade da actual gestão dos RH que requer um investimento significativo, principalmente nas componentes da formação, dos modelos de remuneração associados ao mérito e a *accountability*.

Por outro lado, as despesas com saúde não podem ser dissociadas dos ganhos em saúde e os hospitais, ainda que representem estruturas altamente consumidores de recursos, são de importância crucial no SNS. Na região da OMS/Euro, o sector hospitalar absorve entre 35 a 70% da despesa em saúde nacional (DHSSPS cit. por Rechel et al., 2010), pelo que o modo como se deverá investir nos hospitais apresenta-se como uma oportunidade para maximizar os ganhos em saúde, garantindo em simultâneo que os serviços sejam capazes de responder às expectativas dos doentes.

Embora a receita de muitos serviços hospitalares em muitos países europeus, entre eles Portugal, seja cada vez mais baseada em medidas relacionadas com a actividade, tais como os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), uma revisão às práticas internacionais revelou que o número de camas continua a ser a unidade preferida para o planeamento dos cuidados hospitalares, designadamente na Finlândia, Alemanha e na maior parte das províncias do Canadá. Apenas a Inglaterra e a França se direccionam para o planeamento dos serviços pelo volume e actividade, embora a ocupação das camas e o respectivo rácio por população persista como métrica predominante no planeamento da capacidade hospitalar. Neste sentido, os mesmos autores salientam que esta abordagem gera vários problemas, como, por exemplo, o facto de nem o número de camas nem as camas ocupadas permitirem uma boa medição dos serviços prestados dentro do hospital, pela grande variação no *case-mix* e nos custos associados aos tratamentos dessas camas ocupadas.

Assim, a capacidade de planeamento de um hospital deve ser baseada na gestão de processos, pelo que, uma especial atenção deve ser dada ao valor que estes adicionam ao doente que acede aos CSH. O hospital

deve ser olhado, não numa perspectiva de número de camas ou de especialidades, mas, sim, pelo percurso que é feito pelo doente que a ele acede, considerando o mérito dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde e a adequação das instalações. Exemplo disso, são as experiências como o Modelo “Alzira” em Espanha ou o Coxa Hospital na Finlândia que, embora representem duas abordagens diferentes, visam os objectivos de eficiência e qualidade.

Todos os sistemas de saúde, independentemente dos seus níveis de financiamento, têm como desafio garantir um equilíbrio efectivo entre os cuidados de saúde primários e especializados, bem como entre a prevenção e a reabilitação. À medida que as necessidades em saúde se alteram e as tecnologias e as expectativas geram pressões sobre os gastos, mostra-se importante garantir que os sistemas de saúde se tornem economicamente sustentáveis.

No entanto, é sobejamente reconhecido que a prestação dos cuidados de saúde opera num ambiente instável, em que as normas sociais, os padrões da doença e demográficos estão em constante mudança, o que requer uma constante adaptação. Um importante meio para melhorar a saúde e a equidade no acesso aos cuidados prestados e assegurar mais valor em saúde passa por garantir que a afectação de recursos é baseada nas necessidades e não em outros factores, como a capacidade em gerar lucros. Uma afectação estratégica baseada nas necessidades garante que o dinheiro é gasto onde e no que é necessário (Thomson, Foubister, Mossialos, 2009).

Numa óptica de integração de cuidados, de acordo com a evidência, o método de financiamento por capitação global ou baseado nas necessidades da população é comumente utilizado. Este modelo é definido como um sistema de financiamento que irá pagar os serviços de saúde necessários para uma determinada população por um período de tempo predefinido (Leat, Pink e Guerrierre, 2000). Os EUA, o Reino Unido e a Holanda são dos países com maior experiência no financiamento por capitação, tendo implementado fórmulas que incluem ajustamentos pelo risco e pelas necessidades, nomeadamente a idade, o género, taxas de mortalidade standardizada, incapacidade e localização geográfica (Persaud e Narine, 1999 cit. por Leat, Pink e Guerrierre, 2000).

Acompanhando as tendências internacionais, o Relatório do Orçamento de Estado para 2008 (Portugal, Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2007) evidenciou a necessidade de realizar experiências de financiamento global, de base capicional, integrando hospitais e centros de saúde, numa filosofia de unidades integradas de saúde. A experiência em curso das ULS (com efeitos de 2007 para 2008) não permitiu ainda conhecer o real impacto do modelo que se revela fundamental no curto prazo. No entanto, a aplicação de modelos de capacitação tem de ser desenvolvida e consolidada no que respeita às responsabilidades decorrentes da necessidade de recursos a níveis de cuidados mais diferenciados, bem

como, no que respeita à remuneração de serviços prestados a utentes não incluídos no financiamento por capitação.

Para além da necessidade de planeamento e de um modelo de financiamento adequado, Tohmson, Foubister e Mossialos (2009) alertam para a necessidade de serem concebidos sistemas de pagamento e compra aos prestadores susceptíveis de criar incentivos à eficiência, qualidade e produtividade, em particular, aliando o pagamento ao desempenho em termos de qualidade e resultados em saúde. Adicionalmente, os mesmos autores referem que deve ser garantida uma monitorização dos mecanismos de pagamento para prevenir oscilações nos custos, selecção pelo risco e “gaming”. Estas recomendações são particularmente importantes para países que aumentaram a sua confiança nos GDH para pagar aos hospitais, como é o caso de Portugal.

Neste sentido, importa também referir que, segundo Morse (2008), apesar da contratualização pelo desempenho possuir riscos inerentes (como, por exemplo, o “creaming”), estes podem ser ultrapassados, se as organizações de saúde forem encorajadas a relacionar os resultados da produção (*outputs*) com o âmbito geral da missão das instituições (em que as medidas são mais claras e podem ser utilizadas no *benchmarking*).

Outro aspecto a considerar na vertente da sustentabilidade, salientado pelo Tribunal de Contas, prende-se com o valor de convergência atribuído aos hospitais, concluindo esta entidade que esta verba fixa é indutora de ineficiência, pelo que a mesma deveria ser transformada em incentivos ao bom desempenho operacional.

A dotação financeira insuficiente, ainda que reconhecida no desequilíbrio dos anexos do contrato-programa, leva à progressiva desmotivação dos gestores que, na realidade, visam atingir metas inalcançáveis e fragilizam as ferramentas internas mais efectivas na negociação do orçamento interno, pelo que o financiamento dos hospitais deve reflectir a valorização dos serviços prestados, a preços justos, com atribuição de incentivos para alinhar as instituições com as políticas de saúde, sendo necessário promover melhorias ao nível da contabilidade analítica (OPSS, 2010). Acresce que, em alguns casos, os hospitais têm de manter serviços/actividades de “improvável” rentabilidade económico-financeira mas imprescindíveis para o cumprimento da sua missão.

Consequentemente, sem prejuízo de defendermos a necessidade de adopção efectiva, dentro dos hospitais, de estruturas de gestão intermédia com metas negociadas, incluindo a dimensão orçamental, com responsabilização dos gestores intermédios e das equipas pelos resultados, consideramos que nas actuais circunstâncias este modelo está prejudicado.

Por outro lado, medidas que procurem controlar os custos hospitalares e induzir uma maior eficiência não poderão apenas circunscrever-se à actuação dos administradores, devendo, simultaneamente, estabelecer incentivos aos profissionais de saúde, integrando-os mais no processo de decisão (Barros, 2009).

Em suma, a reconfiguração do hospital, considerando o acesso, a qualidade e desempenho, com vista à obtenção de mais ganhos em saúde, não deverá ser meramente uma resposta da gestão à economia da saúde, devendo pugnar-se por mudanças no sistema que o tornem mais preventivo e equitativo, privilegiando-se os CSP como a verdadeira “porta de entrada” do sistema, em estreita colaboração e complementaridade, recordando-se que défices de acesso ou efectividade neste nível de cuidados geram iniquidades e pouca eficiência noutras partes do sistema.

Com efeito, face à escassez de recursos, a propensão para uma prestação dos cuidados agudos dominante é insustentável e, a continuar, levará a iniquidades pelos constrangimentos que implicarão ao nível dos CSP.

Importa, por fim, referir que, de acordo com a evidência internacional, o sucesso de qualquer reconfiguração deverá garantir o desenvolvimento das TIC, de forma sustentável e exequível, as quais desempenham um papel fundamental na garantia da interoperabilidade dos sistemas, partilha e disseminação de informação.

CONTINUIDADE DOS CUIDADOS E COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL

Um dos princípios de um sistema de saúde integrado aponta para a responsabilidade do planeamento da prestação/compra e coordenação de todos os tipos de serviços centrais (primários, especializados e continuados), bem como a cooperação com o sector social para um contínuo de cuidados de saúde para uma determinada população (Leatt et al, 2000; Marriot e Mable, 1998, 2000; Byrnes, 1998, cit. por Suter et al., 2009).

Hospitals cannot be considered in isolation from the rest of the health system (Rechel et al., 2009b,p. 257).

Face aos novos desafios, um sistema de saúde deverá ser planeado numa perspectiva sistémica, funcionando através de redes de articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

A evidência internacional sugere que devem ser criados serviços de ambulatório fora dos hospitais para que o doente possa estar mais perto de casa. Com efeito, reduzir o tempo de internamento num hospital de agudos poderá ser benéfico por várias razões: o doente fica menos tempo longe de casa e da família, diminui o risco de infecção hospitalar, um maior número de doentes pode ser tratado, dado que uma menor demora média possibilita a afectação de recursos, para outros settings de cuidados e serviços, e a reabilitação em casa pode ajudar a garantir uma adaptação do doente a um modo de vida em segurança no seu quotidiano.

No entanto, para que estes benefícios se concretizem, é necessário o funcionamento em rede e em articulação com os restantes níveis de cuidados, de modo a garantir um adequado acompanhamento e suporte ao utente, sem o qual, não só estes benefícios não se concretizam, como se correm riscos mais significativos de deterioração do seu estado de saúde com as diversas consequências que daí advêm.

A demora média no hospital é muitas vezes tratada como um indicador de eficiência. Se todos os outros factores se mantiverem iguais, uma demora média mais curta poderá reduzir os custos e transferir os cuidados do internamento para outros *settings* de cuidados pós-agudos mais baratos. No entanto, demoras médias reduzidas tendem a um uso de recursos mais intenso e mais caro por diária, e se forem demasiado curtas, podem causar efeitos adversos e afectar os resultados em saúde ou reduzir o conforto e recuperação do doente. Deste modo, poderá implicar uma subida nas taxas de readmissão e nos custos por episódio (OECD, 2009b).

Considerando os países analisados, de acordo com a OCDE (OECD, 2009b) em 2007, a demora média de internamento na Austrália apresenta 5.9 dias; o Canadá 7.5 dias; Espanha 6.6 dias; o Reino Unido 7.2 dias; a Finlândia 4.6 dias; Alemanha 7.8 dias; Holanda 6.5 dias e EUA 5.5 dias. De acordo com estes dados, a demora média nos cuidados agudos afigura-se mais baixa na Finlândia e mais elevada na Alemanha (quase 8 dias) e Portugal apresenta uma demora média de 6.8, ligeiramente superior à média dos países da OCDE de 6.5 dias. Estas diferenças poderão ser explicadas por muitos factores, por exemplo, no caso da Finlândia, a demora média baixa está relacionada, em parte, com a disponibilidade de camas para doentes de cuidados continuados em centros de saúde (OECD, 2005 citada por OECD, 2009b).

Embora seja importante que as demoras médias se mantenham baixas, revela-se fundamental garantir a segurança para o doente. Com efeito, reduzir as demoras médias não pode significar, apenas, o envio do doente para casa, sendo necessário que existam respostas integradas, que incluam a reabilitação em segurança após o internamento. Neste domínio, deverão existir na comunidade hospitais locais, centros de reabilitação, cuidados domiciliários ou instituições do sector social.

A análise *Healthcare Commission's Acute Hospital Portfolio* (2006) sobre o excesso de capacidade nos cuidados hospitalares concluiu que, independentemente do número de camas disponíveis, estas acabavam por ser ocupadas, quer por terem sido admitidos mais doentes, quer por permanecerem mais tempo internados. Deste modo, o hospital será ineficiente, permitindo que os serviços hospitalares dispendiosos se substituam aos dos CSP (Farrington- Douglas e Brooks, 2007).

Em Portugal, numa perspectiva de integração de cuidados, foi criada a RNCCI, com vista à redução da demora média, das readmissões não programadas no hospital e de uma adequação de recursos e coordenação com os diferentes níveis de cuidados e, de um modo geral, a dar uma resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada. Os

resultados têm sido positivos, por exemplo, em relação ao grau de autonomia física, que até final do terceiro trimestre de 2008, permitiram entre o momento da admissão e da alta, uma diminuição de 40% de incapazes, um aumento de autónomos de 202% e um aumento de independentes de 636%.

Neste sentido, de acordo com um estudo de Avaliação da Satisfação de Utentes relativamente às ofertas promovidas pela RNCCI, a amostra repartiu-se por três tipos de cuidados, os de convalescença (39%), de longa duração e manutenção (34,5%), de média duração e reabilitação (23%) e os cuidados paliativos (3,6% do total de inquiridos) e, em termos globais, mais de 90% dos inquiridos afirmaram que os cuidados prestados na unidade eram bons ou muito bons, sendo que nenhum deles os referenciou como maus. Estes resultados demonstram que, ao serem prestados cuidados fora do hospital, em unidades mais pequenas, mais próximas do local de residência ou de familiares, com um tratamento mais personalizado e realização de actividades ocupacionais e de reabilitação, é possível libertar camas nos hospitais de cuidados agudos, com vantagens económicas, ganhos de saúde e de satisfação dos utentes (Portugal. MS. SS. UMCCI. RNCCI, 2009).

Apesar destes resultados, devem ser referidos alguns pontos críticos relativamente ao bom funcionamento da RNCCI e à sua articulação com os outros níveis de cuidados, nomeadamente os CSH.

Neste sentido, segundo Amado (2010), além dos atrasos significativos no encaminhamento dos utentes, o processo de transferência dos doentes tem-se revelado muito burocratizado e demorado, penalizando não só as taxas de ocupação das UCC, como também as demoras médias dos hospitais (límiars dos GDH), dissuadindo, em simultâneo, a referência e desacreditando a rede. Adicionalmente, existe a necessidade de criar mecanismos alternativos que transponham a questão relacionada com a escolha feita pelo utente quanto às unidades preferenciais, a qual contribuiu igualmente para o aumento da demora média hospitalar e da lista de espera, enquanto outras unidades possuem vagas.

O mesmo autor também refere que os critérios de referência nem sempre são cumpridos, persistindo alguns preconceitos e dificuldades de relacionamento com os hospitais agudos. Ao nível da referência, quanto à complexidade das patologias, o tipo de doentes que chega às UCC não se enquadra, na maioria dos casos, na filosofia da rede, requerendo cuidados e terapêuticas que não correspondem aos pressupostos. Adicionalmente, face aos óbitos registados, e de acordo com o último relatório da UMCCI referente a 2009, excluindo os cuidados paliativos, refere-se que 11% dos utentes morrem nos primeiros 10 dias e 29% no primeiro mês, o que evidencia desajustes na referência que poderão mesmo levantar questões de ética (Amado, 2010).

A questão dos internamentos e das demoras médias elevadas também poderá ser minorada através do cuidado formal na comunidade ou informal (através de voluntários ou dos cuidados que os próprios familiares prestam nos domicílios). Fassbender (2009) afirma que, no âmbito da reforma no Canadá, e

como resposta ao peso que representam os internamentos, foi criada, em 1983, uma *Task Force on Health Care Resource Allocation* que recomendou o desenvolvimento de serviços na comunidade para os mais idosos, de modo a reduzir os internamentos, melhorar a qualidade de vida e reduzir os custos, bem como o investimento em programas na comunidade, no âmbito dos cuidados paliativos.

Como já se deixou salientado, os modelos de integração de cuidados em curso nos Estados Unidos têm inspirado vários países que actualmente adoptam estratégias e modelos de respostas com esse objectivo. Entre outros, no Reino Unido estão em fase experimental, por um período de dois anos, 16 *Integrated care pilots*, entidades responsáveis pela prestação e contratualização de serviços, que assumem uma total responsabilização pela saúde das suas populações, no Canadá, a província do Ontário e Alberta preconizam redes de médicos de família e redes integradas de saúde locais cuja missão é promover o planeamento, coordenação e integração de cuidados em função das necessidades.

Em Portugal, temos a experiência das ULS constituídas por hospitais e centros de saúde que permitem, assim, a integração, numa única EPE, dos vários serviços e instituições do SNS que, em determinado território, prestam cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis.

Como experiências mais ou menos recentes, estas unidades apresentam grandes exigências ao nível da organização, implementação e integração dos serviços, não se conhecendo contudo o real impacto deste modelo, quer em ganhos de eficiência quer em termos de ganhos de saúde.

II PRINCIPAIS DESAFIOS

Em termos sistémicos, a tendência internacional aponta para sistemas de saúde que apostem numa forte integração entre os níveis de cuidados e uma maior valorização do ciclo da doença e do contínuo de cuidados, devidamente apoiado em sistemas de medição de resultados e atribuição de incentivos ao melhor desempenho.

Nesta medida, a questão central passa por saber como se poderá criar valor em saúde, sabendo, à partida, que, no momento actual, face a uma inversão da pirâmide demográfica e ao aumento das doenças crónicas, os sistemas têm de garantir desde a prevenção, aos cuidados agudos, à reabilitação e à gestão da doença.

Perspectivar mudanças para o hospital no futuro, sendo uma questão complexa e sensível, não pode ser entendida sem uma definição clara daquilo que são os objectivos no seio do SNS. Importa, por isso questionar de que forma a gestão da mudança no hospital público português poderá contribuir para uma maior equidade na prestação e no acesso e que mecanismos internos e externos podem potenciar ganhos de eficiência, qualidade, desempenho e confiança.

A governação em saúde, do ponto de vista clínico e organizacional, assume uma importância vital no sistema e, a par dos instrumentos de contratualização, externa e interna, deverá contribuir para uma maior *accountability* e transparência do sistema. Desta forma, como poderemos alcançar o necessário equilíbrio entre a prática clínica e a governação hospitalar, com vista à promoção e à protecção da saúde da população?

Importa ainda considerar, numa perspectiva de melhor adequação dos serviços, face às necessidades em saúde, como é que a reconfiguração do parque hospitalar poderá, de acordo com as diferentes realidades regionais, organizar-se, para que os cuidados agudos sejam efectivamente prestados onde exista excelência e competências e como poderá ser operacionalizada a transferência de todos aqueles serviços cuja resposta mais adequada é na comunidade e noutros *settings* do sistema prestador.

Por outro lado, falar na sustentabilidade do sistema de saúde remete necessariamente para a forma como a resposta opera ao nível dos CSP e CCI. Com efeito, tornar o primeiro nível de cuidados como a verdadeira porta de entrada do sistema contribui para a equidade e efectividade e, mesmo, eficiência noutras partes do sistema, nomeadamente ao nível dos cuidados continuados. Partindo desta premissa e admitindo que uma prestação de cuidados agudos dominante é insustentável, parece fundamental discutir, perante a escassez de recursos, que decisões distributivas permitem melhor servir os interesses dos beneficiários do sistema de saúde e quais os serviços que serão oferecidos.

Entendemos que estas e outras questões informam o debate actual no sector da saúde. Assim, apresentamos, de seguida, um conjunto de recomendações que visam contribuir para a criação de respostas que permitam construir um futuro sustentável para os CSH em Portugal.

RECOMENDAÇÕES

Partindo dos conhecimentos obtidos pela contextualização da temática e recurso a metodologias e técnicas de análise, foi possível reflectir e perspectivar uma visão para o desenvolvimento dos CSH em Portugal e identificar um conjunto de medidas prioritárias que, necessariamente, visam contribuir para a resposta à questão de partida: “Como é que a melhoria do acesso, qualidade e desempenho dos CSH pode contribuir para a obtenção de mais ganhos em saúde: onde está o potencial para maiores ganhos em saúde nos CSH?”.

Esta abordagem permitiu, ainda, estabelecer objectivos e identificar os principais instrumentos estratégicos de suporte à elaboração de um conjunto de recomendações que deverão ser entendidas como as respostas julgadas mais adequadas para promover a melhoria do acesso, a qualidade e desempenho, num quadro de sustentabilidade, potenciando, assim, um maior valor em saúde.

Neste sentido, as recomendações que apresentamos constituem as linhas de desenvolvimento para a uma visão 2016, ou seja, o ponto de chegada para a concretização dos ganhos em saúde esperados.

A descrição das metodologias e técnicas utilizadas de suporte à discussão e consensualização das recomendações, que adiante se anunciam, constam do Anexo III e, os estudos que alicerçam as diferentes recomendações constam do Anexo IV.

Para efeitos de organização e apresentação dos resultados, as recomendações dirigem-se para:



I PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS E COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL

Os CSH deverão ser, apenas, responsáveis por cuidados altamente especializados e emergentes, devendo os restantes níveis de cuidados assumir um papel mais preponderante e activo, para o que se revela necessária uma efectiva referenciação entre os níveis de prestação e a directa responsabilidade financeira pela prestação dos cuidados.

Assim, defendemos a implementação de um modelo de prestação de cuidados centrado no cidadão e nas suas patologias, com níveis de oferta ajustados às necessidades efectivas em saúde, tendo por base um planeamento adequado ao nível da distribuição de equipamentos e da concentração de serviços, devidamente operacionalizados por redes de referenciação efectivas.

Para este efeito, será determinante:

- A definição de regras base de referenciação que identifiquem dados clínicos e administrativos, devendo os procedimentos ser uniformizados entre os níveis de cuidados e de carácter obrigatório para todas as referências no SNS.
- Criação de áreas de gestão de base populacional que potenciem e promovam respostas integradas em saúde;
- A criação de uma Agência/Instituto Nacional de Qualidade que poderá desempenhar um papel decisivo na definição rigorosa dos padrões de referenciação e na uniformização de procedimentos entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde.
- A adequação dos SI às necessidades de comunicação e transparência exigidos pela alteração de paradigma na prestação que se pretende mais centralizada no doente e facilitadora da sua circulação no sistema.

Os principais ganhos serão: promover a qualidade dos cuidados prestados, reafectar recursos, responsabilizar os profissionais de saúde, uniformizar os processos, garantir a fiabilidade da informação e a partilha de responsabilidades, melhorar o acesso, adequar as respostas e assegurar a satisfação dos profissionais e utentes.

A responsabilidade deverá ser dos três níveis de cuidados: Hospitais, CSP e RNCCI e, ainda, das ARS, ACSS e Ministério da Saúde.

II PARA A GARANTIA DA SUSTENTABILIDADE

A sustentabilidade tem de ser vista à luz dos constrangimentos/contextos em que se vive, nomeadamente a actual crise económica e social, mas sobretudo porque nos inserimos num mercado global, influenciados necessariamente pela situação internacional, principalmente nas tecnologias médicas e terapêuticas.

Para garantir a sustentabilidade dos CSH no sistema de saúde, importa reorganizar a oferta, bem como despolitizar e gerir adequadamente os hospitais, garantindo uma gestão mais responsável com maior autonomia, devidamente apoiada por sólidos mecanismos de contratualização externa e interna.

Por outro lado, atendendo a que o modelo de financiamento é a variável mais relevante na reestruturação organizacional dos hospitais e um instrumento poderoso que os decisores têm para intervir no sistema de saúde, consideramos que deverá ser dada uma atenção especial ao modelo vigente, considerando as dimensões regionais e locais.

Para além das mudanças estruturais, financeiras e/ou organizacionais, mostra-se ainda necessário atender ao factor capital humano que, para além de constituir um input chave, representa o maior peso, em termos de custos, para a maioria dos sistemas de saúde (Martineau e Buchan, 2000).

Assim, revela-se necessário:

- Promover uma profunda reestruturação da rede de cuidados, procurando concentrar serviços de forma adequada sem prejudicar a qualidade da resposta e o acesso;
- Integrar respostas e assegurar a continuidade de cuidados;
- Desenvolver um Portal que permita o acesso e responsabilização do cidadão pela gestão activa da sua saúde;
- Implementar orçamentos regionais de referência para espaços territoriais bem delimitados, nomeadamente, através de unidades/sistemas locais de saúde que visem uma adequada cobertura da população com níveis de saúde aceitáveis. Para este efeito, será fundamental que esses orçamentos cumpram os desígnios propostos, corrigindo previamente as actuais assimetrias de financiamento e garantindo a capacidade técnica de uma aprofundada caracterização epidemiológica das diferentes populações e grupos populacionais. Esta é uma condição necessária para a definição do ajuste pelo risco e para a definição da métrica de avaliação de *outcomes* e de ganhos em saúde;
- Reforçar as competências nas componentes do planeamento estratégico, de modo a obter um conhecimento adequado das necessidades em saúde de determinado grupo populacional, incluindo essas componentes no processo de contratualização;
- Generalizar a contratualização estratégica, introduzindo instrumentos para controlar custos, assinalar prioridades, aumentar a eficiência e progressividade do sistema e a qualidade dos serviços prestados;
- Transitar de um contrato, essencialmente baseado em actividade, para um modelo que considere resultados em saúde e desempenho e que recorra a sistemas de classificação de doentes com ajustamento pelo risco;
- Adoptar a contratualização interna, com o objectivo de promover o melhor desempenho, sustentado por incentivos financeiros e instrumentos de monitorização contínua da qualidade
- Introduzir mecanismos de governação clínica e elaboração e implementação das NOC que potenciem a integração de capacidades e competências;
- Implementação de uma estratégia de *corporate governance*, através da criação de um Conselho de Directores/Administradores nos hospitais para que a qualidade dos cuidados, incluindo a segurança dos doentes e a redução do desperdício, seja uma preocupação e uma responsabilidade partilhada entre os profissionais de saúde, gestores e políticos;
- Reforçar o investimento na Reforma dos CSP (não apenas material, mas também “emocional” e intelectual), que deverá ter em conta as especificidades territoriais e limitações dos recursos humanos e permitir novas experiências organizativas de matriz extra concelhia, que introduzam mais eficiência no sistema e facilitem a rentabilidade do hospital como “recuperador” do estado de saúde/doença;
- Acautelar que a gestão dos RH seja suficientemente capacitada e confiante para gerir o processo de mudança. Para o efeito, é necessário avaliar os possíveis impactos das reformas nos profissionais, as

suas reacções e adoptar sistemas de comunicação efectivos entre as partes, no sentido de evitar focos de resistência e desmotivação dos profissionais;

- Garantir o alinhamento dos projectos profissionais com a missão das instituições (Avaliação de desempenho/incentivos – Subcontratos no âmbito da contratualização interna);
- Assegurar a valorização profissional com autonomia (organização interna baseada em núcleos autónomos, ao nível da gestão);

Os principais ganhos esperados são melhoria dos cuidados prestados, reafecção de recursos, de acordo com as necessidades, melhoria do acesso e da qualidade, adequação das respostas, partilha de responsabilidades, maior satisfação do utente e dos profissionais e sustentabilidade do sistema.

A responsabilidade desta iniciativa será do Ministério da Saúde, ACSS, ARS, Hospitais, ULS, ACES e UMCCI.

III PARA A MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE

Importa garantir o desenvolvimento de estratégias de resposta integrada, de acordo com os níveis de actuação, assegurando a prestação de cuidados no nível adequado e com a melhor utilização de recursos possível, um acesso a cuidados de saúde altamente diferenciados, para os quais é necessária uma concentração específica de recursos (infra-estruturas, conhecimento, competências), e a programação dos cuidados necessários para responder às necessidades com níveis de qualidade acrescidos.

Neste sentido, urge motivar e estabelecer fortes parcerias entre profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados, utentes e autarquias e introduzir uma efectiva gestão intermédia, procurando:

- Garantir a complementaridade dos cuidados prestados aos cidadãos e promover sinergias entre os estabelecimentos hospitalares, as Unidades Funcionais dos ACES e a RNCCI, com vista à rentabilização e melhoria dos cuidados de saúde prestados;
- Criar mecanismos de monitorização dos internamentos hospitalares desadequados;
- Adaptar e introduzir a necessária flexibilização nas instituições hospitalares para fazer face às novas necessidade dos cuidados paliativos, oncológicos, crónicos e continuados;
- Melhorar a qualidade e a compreensibilidade dos cuidados de saúde prestados;
- Aumentar os níveis de eficiência na resposta e racionalizar a utilização dos recursos disponíveis.
- Obter efectivos ganhos em saúde devidamente mensuráveis na população alvo, para o que se deverá
 - i) estabelecer normas de referenciação uniformizadas e obrigatórias entre os níveis de cuidados, ii) garantir o cumprimento de processos assistenciais integrados, iii) introduzir novas abordagens, tais como, o *Geographic Information Systems* (SIG), *Patient Relationship Management* (PRM), *Nurse Coaching*, gestor de doença e gestor de caso nos cuidados de saúde;

- Desenvolver o portal *web* que permita ao cidadão participar activamente na gestão da sua saúde: aceder aos seus registos electrónicos, marcar consultas, comunicar via *email* com o seu médico, rever resultados de análises, ter acesso a informação sobre saúde ou até efectuar pagamentos, tendo em conta os diferentes graus de *iliteracia*, nomeadamente, informática;
- Aprofundar o desenvolvimento da RNCCI a todos os níveis, bem como o apoio social à integração de doentes no seu ambiente familiar, entendida como a melhor forma de promover o bem-estar do doente e potenciar a melhoria em muitos quadros clínicos;
- Assegurar que o recurso ao Serviço de Urgência acontece de forma referenciada ou em situações de “real” emergência, cumprindo, assim, de forma cabal a sua função e evitando, consequentemente, os congestionamentos e aumentos muito significativos nos tempos de espera;
- Potenciar uma articulação entre os CSP e CSH para promover ganhos significativos através do controlo do desperdício, não só em MCDT, mas também em fármacos;
- Implementar princípios de *corporate governance* para integração de capacidades e competências e adoptar modelos de governação clínica que garantam uma maior responsabilização e transparência nos processos, uma gestão assente em princípios de qualidade e segurança e uma participação activa dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos) em toda a cadeia de produção e, em simultâneo, a garantia de uma resposta o mais rápida com qualidade e equitativa;
- Garantir um processo clínico electrónico para cada doente, que promova a articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, integrado numa estrutura como o sistema RSE;
- Implementar, no âmbito da gestão do risco clínico, protocolos e orientações normalizadas que incorporem as tecnologias de informação, com o objectivo de promover a segurança do doente;
- Criar uma organização de âmbito nacional que pugne pela disseminação e adopção efectiva de orientações clínicas nacionais de excelência que possam constituir um padrão de referência.

Os principais ganhos esperados são universalidade e equidade no acesso, um ajustamento às crescentes restrições orçamentais e de recursos, melhoria da qualidade e segurança dos doentes, fiabilidade da informação, satisfação do utente, maior responsabilização dos profissionais de saúde, gestores e políticos, partilha de boas práticas, uniformização dos processos e melhores resultados em saúde.

A responsabilidade desta iniciativa será do Ministério da Saúde, ACSS, ARS, Hospitais, ULS, ACES

IV PARA A CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO

Para a concretização desta recomendação importa que se efectue a integração entre níveis de cuidados através de uma forte aposta nas TIC que favoreça uma cultura de qualidade, avaliação, transparência e *accountability* e garanta princípios de eficiência, sustentabilidade e inovação.

Para o efeito terão de ser garantidas parcerias e interfaces e, envolvidos na sua implementação, decisores políticos, profissionais, cidadãos e demais *stakeholders*, promovendo um efectivo compromisso político, lideranças, avaliação externa e publicitação de resultados.

Refira-se, no entanto, que a necessidade de o SNS dispor de um sistema de recolha de informação automatizado e transversal é uma ambição complexa. Desde os anos 90, assistimos ao desenvolvimento de SI mais ou menos automatizados, alguns de grande fiabilidade, como é o caso do SONHO, contudo, não foi ainda possível atingir patamares de eficiência e operacionalidade efectivos, mantendo-se, inevitavelmente, graves deficiências, em particular naquilo que respeita à interoperabilidade.

Assim, considera-se essencial:

- Garantir a adopção de um sistema de dados electrónicos para a saúde de âmbito nacional que promova a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, centrado no cidadão, que inclua um processo clínico electrónico, ferramentas para a gestão clínica, bem como processos de análise de dados ligados à saúde pública, investigação e gestão.
- Assegurar diferentes níveis de acesso para que a informação possa ser partilhada entre a rede prestadora e o cidadão.
- No que respeita à informação clínica, optar-se pelo desenvolvimento de uma plataforma *Web* onde conste, de forma standardizada, toda a informação necessária à comparabilidade das várias instituições, considerando parâmetros de gestão e acompanhamento de processos e de qualidade.
- A criação de um Instituto/Agência de Avaliação do desempenho, incorporado na Agência/Instituto Nacional de Qualidade, de forma a alcançar um sistema clínico de registo uniforme, que representará uma excelente área para desenvolvimento de uma política de benchmarking.
- Face à complexidade do sistema de saúde e à dificuldade de acesso à informação pelo cidadão, garantir mecanismos e iniciativas que facilitem e promovam a “navegação” do utente.

Os principais ganhos associados a esta recomendação serão, entre outros, a melhoria dos cuidados prestados, uniformização dos processos, partilha de boas práticas, fiabilidade da informação, monitorização e acompanhamento dos ganhos em saúde, através de indicadores, partilha de informação, reafecção de recursos, melhoria do acesso, promoção da qualidade, adequação das respostas, partilha de responsabilidades, satisfação do utente e dos profissionais.

A responsabilidade pela efectivação desta recomendação será, em primeira linha, do Ministério da Saúde que contará para o efeito com a cooperação da DGS, ACSS, ARS, Hospitais, ULS, ACES e UMCCI.

PROPOSTA DE INDICADORES/METAS PARA O CONJUNTO DE RECOMENDAÇÕES

No quadro seguinte, sugerimos alguns indicadores e metas face aos objectivos definidos para cada dimensão de análise:

Quadro 1: Indicadores e metas para o conjunto de recomendações

DIMENSÕES	OBJECTIVO	INDICADORES	METAS
Continuidade de cuidados e cooperação intersectorial	Requalificar os hospitais como prestadores de cuidados agudos e transferência progressiva de doentes para os níveis adequados de cuidados	▪ Taxa de referenciação hospitalar para RNCCI; ▪ Taxa de acesso a urgências sem referenciação dos CSP; ▪ % de admissões inadequadas e dias de internamento inadequados, por causa; ▪ Taxa de readmissões após referenciação para RNCCI, por causa; ▪ Tempos de espera para transferência entre níveis de cuidados (RNCCI e outros); ▪ Tempo médio de permanência em consultas de patologia crónica sem alta para os CSP;	▪ Redução em 40% do tempo médio de permanência em consulta sem alta para os CSP (consultas de patologia crónica), até final de 2016 (de acordo com as NOC a desenvolver em conjunto, pelas diferentes ordens profissionais e outras estruturas técnicas, em pelo menos 10 patologias crónicas, já identificadas pela DGS); ▪ Garantir, até final de 2016, que 95% os doentes com alta para cuidados continuados tenham resposta assegurada no momento da alta; ▪ Garantir, até final de 2016, que o acesso às primeiras consultas hospitalares seja efectuado, em 95% das consultas, através de referenciação pelo médico de família, por médico de outro serviço do hospital ou de outro hospital do SNS;
Sustentabilidade	Organização dos CSH sustentada por áreas de patologia e existência de centros de elevada diferenciação (CED)	▪ N.º de CED/patologia ▪ Taxas de admissão/patologia em CED ▪ Demora média internamento/patologia em CED ▪ Custo médio por doente tratado em CED/patologia ▪ Publicações científicas/estudos de investigação desenvolvidos	▪ Revisão de todas as redes de referenciação até final de 2012 ▪ Criação de centros de elevada diferenciação (CED) em pelo menos 10 patologias crónicas, até final de 2016 ▪ Desenvolvimento, nos sistemas de informação existentes, da funcionalidade de informação clínica de retorno Cuidados hospitalares - Cuidados Primários, até final de 2012
	Alteração do modelo de financiamento	▪ % de financiamento hospitalar no orçamento global do SNS ▪ N.º de Hospitais com sistema de custeio de actividades implementado ▪ % de admissões inadequadas e dias de internamento inadequados, por causa	▪ Peso do financiamento hospitalar, directo, reduzido para 40% do financiamento global do SNS, ao invés dos actuais 52,5%, até final de 2016 ▪ Incorporação no modelo de financiamento hospitalar do sistema de custeio por actividades até final de 2012 ▪ Incorporação no modelo de financiamento hospitalar de mecanismos de penalização a actividades desenvolvidas no nível desadequado de cuidados até final de 2012
	Gestão estratégica de Recursos Humanos	▪ % de médicos em regime de <i>outsourcing</i>, por especialidade ▪ N.º de acções de formação/ano por área e grupo profissional ▪ Percentagem de instituições que utilizam <i>Balanced Scorecard/Tableaux de Bord</i> ▪ Absentismo por grupo profissional, por causa (excluindo férias, acções de formação e trabalhador estudante) ▪ % de funcionários com classificação relevante em SIADAP	▪ Reduzir em 60% a aquisição externa de serviços de prestadores de cuidados de saúde ▪ Alargar os processos de formação contínua à globalidade dos grupos profissionais em toda a rede hospitalar até final de 2016 ▪ Garantir a implementação global de mecanismos de avaliação de desempenho individual e institucional em toda a rede hospitalar até final de 2016 ▪ Reduzir o absentismo em 10% (Não incluindo as causas associadas com férias, acções de formação e trabalhador estudante) em toda a rede hospitalar até final de 2016 ▪ Cumprimento de 90% das cotas disponíveis para a classificação de relevante em toda a rede hospitalar até final de 2016

DIMENSÕES	OBJECTIVO	INDICADORES	METAS
Acesso e qualidade	Desenvolvimento de estratégias de resposta integrada dos diferentes níveis de cuidados e necessidades	▪ N.º de Acessos registados no Portal ▪ Grau de satisfação do utente face à utilização e pertinência do portal ▪ Taxa de acesso a 1ªs consultas sem referência dos CSP ▪ % de “cartas de articulação” assinadas entre os ACES e Hospitais	▪ Início de funcionamento de Portal na internet dirigido à capacitação e participação activa do cidadão na gestão da sua saúde, até final de 2012 ▪ Redução em 90% do acesso a primeiras consultas hospitalares sem referência por médico de família até final de 2016 ▪ Assinatura de “Cartas de articulação” entre todos os ACES e os seus hospitais de referência até final de 2012
	Regulação da actividade das equipas	▪ % de cartas de gestão de risco implementadas/Hospital ▪ % de hospitais submetidos a 1 ou mais auditorias clínica e de acreditação	▪ Publicação e implementação por todas as unidades hospitalares de cartas de gestão de risco até final de 2013 ▪ Desenvolvimento conjunto, pelas diferentes ordens profissionais e outras estruturas técnicas, de NOC, em pelo menos 10 patologias crónicas (já identificadas pela DGS) até final de 2016 ▪ Realização por entidades externas de auditorias clínicas e de certificação, em todos os hospitais, até final de 2016
	Gestão do risco clínico e disponibilização de uma fonte de informação para Benchmarking	▪ N.º Médio de doentes dia com úlceras de pressão/Dia/Ano ▪ N.º de processo/intervenções cirúrgicas com corpos estranhos incorrectamente deixados em cirurgia	▪ Melhorar a segurança do doente e a qualidade do cuidado prestado, bem como criar uma fonte de dados que permita o benchmarking entre os hospitais a nível regional/nacional. Esta seria operacionalizada através de um sistema de informação criado para o efeito, bem como deveria ser dada continuidade à criação de mais indicadores que reflectissem as necessidades.
Sistema de informação e avaliação	Criação de um sistema de avaliação que permita obter resultados de desempenho da gestão da organização	▪ N.º de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários da região com registos electrónicos ▪ % de prestadores incluídos no sistema RSE, por tipo ▪ Grau de satisfação dos utentes face ao RSE ▪ Grau de satisfação dos profissionais de saúde ao RSE ▪ % de Unidades de Saúde Públicas (USP) com ligação de banda larga, fixa ou móvel implementada e em funcionamento regular	▪ Registo Electrónico de Saúde, implementado a título experimental em pelo menos uma região do país, incluindo prestadores públicos, privados e sociais, até final de 2016, garantindo o acesso dos cidadãos ▪ USP independentemente da sua dimensão, com ligação a banda larga fixa ou móvel, até final de 2013

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas (*Glouberman e Mintzberg, 2001*), representando a forma mais difícil de organização humana que alguma vez se tentou gerir (*Drucker, 1989*). Com efeito, fazem um intenso uso de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento, além de desempenharem um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde e, conseqüentemente, na responsabilidade que têm perante a tutela e o cidadão na prestação directa de cuidados, na promoção, prevenção e protecção da saúde.

No contexto actual, não podemos ignorar que a prestação de cuidados de saúde continua fortemente estruturada em torno dos cuidados agudos, no entanto, um pouco por todo o mundo assistimos à introdução de modelos mais integrados, cujo objectivo passa por promover uma maior coordenação entre cuidados, com enfoque no ciclo de vida, tendo por base a evidência científica e o envolvimento do cidadão, sem esquecer a necessária contenção de custos e eficiência dos sistemas de saúde. Esta questão torna-se ainda mais relevante quando se constata que as doenças crónicas constituem a principal causa de morte e morbilidade na Europa, tendo ainda sérias implicações económicas (*Busse et al, 2010*).

A implementação de modelos integrados de cuidados, redes de prestadores e intervenções estão, por isso, a ser largamente experimentadas para diminuir o *gap* existente entre CSP e CSH, constituindo uma oportunidade e, simultaneamente, um desafio para todos os decisores políticos.

Também as questões relacionadas com a sustentabilidade implicam reflectir sobre como fazer com que os investimentos na saúde resultem em melhor saúde para todos, o que, segundo *Porter e Teisberg (2006b)*, não resulta necessariamente da existência de um conjunto de serviços de saúde mais ou menos eficientes, mas antes da forma como estes se conseguem organizar e articular entre si, no sentido de obter melhores resultados em saúde por cada Euro gasto.

Em 2016 deve ser questionado como será o hospital do futuro? Funcionará de modo diferente? Como serão tratados os doentes? Que papéis desempenharão todos os profissionais de saúde ligados ou não à prestação de cuidados?

O hospital do futuro operará num sistema de cuidados integrados, cuja função é a de prestar cuidados especializados, efectuar diagnósticos e apoio através da telemedicina aos médicos de medicina geral e familiar ao nível dos CSP, os quais trabalham em clínicas de dia e em centros de saúde na comunidade. Os hospitais possuem unidades especializadas por áreas terapêuticas, pelo que poderá ser necessário pedir várias consultas de opinião. Alguns hospitais universitários iniciarão práticas de ensino *on-line* e de visitas às diferentes especialidades, incluindo a mais importante, a Medicina Geral e Familiar, que representa a “porta de entrada do sistema”.

O hospital dividirá as suas funções entre as unidades de tratamento de emergência e as unidades de tratamento especializado, o que lhe permitirá criar verdadeiros centros de excelência. A unidade para situações emergentes tem como função estabilizar o doente, fazer o diagnóstico e delinear um plano para tratamento (este processo poderá necessitar de teleconferências com especialistas relevantes). Nesta fase, o tratamento do doente está marcado e, caso necessário, será transferido para um centro de tratamento, ou, caso o doente possa ser estabilizado, para cuidados domiciliários ou cuidados comunitários (que poderão ser clínicas/centros de tratamento ou hospitais gerais comunitários). Neste último caso, geralmente, os doentes não permanecem mais do que 24 horas, porém, numa fase posterior, poderão ser transferidos para centros de reabilitação, paliativos ou de longa duração.

O desenvolvimento de unidades especializadas resulta, em parte, do aumento dos custos e de economias de escala necessárias para a utilização de equipamento clínico sofisticado, mas também devido à necessidade de utilizar conhecimento e competências especializadas. Além disso, estas unidades alinham de um modo natural a gestão do conhecimento centrado no doente.

Acresce que, para uma utilização mais custo-efectiva dos recursos humanos tecnológicos e financeiros e, porque se tornou insustentável manter certos serviços em alguns hospitais gerais distritais, onde escasseavam os clínicos e onde existia uma sobrecarga de horas de trabalho, alguns serviços foram centralizados nestas unidades, permitindo mais segurança para o profissional e para o doente.

Ao nível da comunidade existem unidades de cuidados de saúde primários locais e hospitais comunitários que prestam um conjunto de tratamentos em regime de ambulatório e ao nível de cuidados intermédios, podendo também aceitar casos complexos, tendo como suporte a telemedicina.

Em termos de viabilidade económica, os hospitais do futuro desenvolverão sistemas de pagamento e modelos de gestão focados nos resultados, para atingir os seus objectivos de qualidade e relacionados com a eficiência e, em simultâneo implementarão um sistema de monitorização desses mecanismos de pagamento, evitando a selecção pelo risco e desvios nos custos.

Numa perspectiva de integração de cuidados, o modelo de financiamento utilizado assenta na capitação global ou baseia-se nas necessidades da população. Será um sistema que irá pagar os serviços de saúde (incluindo o sector social) necessários para uma determinada população, ajustado pelo risco e pelas necessidades, nomeadamente a idade, o género, taxas de mortalidade estandardizada, incapacidade e localização geográfica.

As tecnologias de informação desempenham um papel fundamental para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados e representam um importante suporte para a integração dos diferentes níveis de cuidados e para a centralidade no doente. O registo clínico electrónico e a disponibilização de dados adequados ao nível da gestão, permitem expandir e integrar a informação ao nível da prestação dos

cuidados de saúde, aumentar a qualidade e reduzir custos, facilitando, ainda, a circulação do cidadão no sistema, que recebe cuidados nos níveis adequados.

As inovações tecnológicas e farmacêuticas permitirão, também, que os cuidados domiciliários sejam uma realidade. Por um lado, verifica-se um suporte e acompanhamento de equipas domiciliárias multidisciplinares e, por outro lado, é viabilizada a monitorização do doente à distância. Com efeito, esta componente dos cuidados de reabilitação e aproximação à comunidade permitirá um acompanhamento holístico do doente, garantindo ganhos em termos de uma funcionalidade do doente e bem-estar social.

Adicionalmente, subsistindo um contínuo de cuidados e uma gestão das condições de longa duração na comunidade ou no domicílio, poderão prevenir-se episódios agudos e readmissões hospitalares, garantindo-se não só uma eficiência económica, uma vez que se torna insustentável continuar a admitir doentes em situações de longa-duração, mas também a qualidade do serviço prestado e segurança do doente (por exemplo, protecção contra o risco de contrair infecções em ambiente hospitalar).

Ao nível da qualidade e segurança dos cuidados prestados, o avanço tecnológico permitiu reduzir custos. Assistimos a uma melhoria ao nível dos CSP, pelo apoio dos especialistas via telemedicina, que efectua o diagnóstico, e pelo suporte de sistemas que permitem consultar exames e o processo clínico *online*.

Estão, também, desenvolvidas técnicas de cirurgia menos invasivas, reduzindo o tempo de internamento e o dano para o doente. Além disso, os desenvolvimentos registados ao nível da genética e bioengenharia (transplante de órgãos) e da nanotecnologia (transplante de dispositivos biomecânicos), permitiram já alguns desenvolvimentos para áreas que não tinham tratamento, porém são, ainda, muito dispendiosos. Também se verificam menos erros de medicação, em ambiente hospitalar, através da introdução de informação computadorizada em “cartões inteligentes” que indicam a medicação a ser administrada e quando, bem como os sistemas de monitorização de sinais vitais inseridos em peças de vestuário. Estas inovações permitirão que, nos hospitais ou outras tipologias de cuidados e em casa, doentes ou pessoas saudáveis, que necessitam de uma monitorização contínua, se movimentem com facilidade e possam ser acompanhados à distância.

O doente do futuro já não é um receptor de cuidados passivo, ele está informado e é exigente. Solicita melhor e mais informação sobre a sua condição, opções de tratamento e sobre o desempenho dos médicos. Além disso, está bem organizado através de grupos de apoio, de âmbito nacional e local, para protecção dos seus direitos.

Nesta visão do futuro é perceptível que os cuidados hospitalares contribuirão para potenciar os ganhos em saúde. Por um lado, porque, ao organizarem-se em centros de excelência, permitem que o doente tenha um atendimento especializado, personalizado, mais efectivo e inteligente (ao nível do diagnóstico) e mais capaz para responder a maiores níveis de complexidade. Por outro lado, porque faz parte de um sistema

integrado entre os níveis de cuidados, há uma maior e mais efectiva mobilidade do doente para serviços de saúde na comunidade, que permite uma melhoria de bem-estar geral, extensível à sua família.

Entendemos que esta seria, desejavelmente, a visão do futuro para 2016, para o que se considera necessário lançar as bases de construção e proceder aos necessários desenvolvimentos e ajustamentos para que, pelo menos, algumas das suas vertentes possam de facto ser adoptadas e implementadas.

Em resumo, a nossa visão num cenário mais favorável, reflectida na figura 6, corresponde a um modelo de prestação de cuidados onde impera a centralidade no cidadão e a garantia de funcionamento em rede, com acesso referenciado e restrito ao hospital especializado/centros de elevada diferenciação.

Figura 6: Modelo de prestação de cuidados integrados centrados no cidadão



Fonte: Goodwin. N - Towards integrated primary care organizations in England - Key challenges for the future. Kings Fund. 2010

CENÁRIOS

Visionar as mudanças para o hospital do futuro é uma questão complexa e sensível e que não pode ser abordada sem um entendimento profundo dos seus objectivos no seio do SNS. A resposta não poderá ser meramente técnica ou baseada na avaliação dos seus resultados produtivos, deverá incluir o valor público. Mais do que permitir compreender o papel do hospital, quanto aos seus objectivos em termos de resultados (eficiência), dos serviços e do nível de confiança, o valor público possibilitará a compreensão dos valores mais abrangentes relacionados com objectivos éticos, entre outros, como a equidade ou a acessibilidade.

Face à análise SWOT consensualizada e priorizada, foi, ainda, solicitado aos peritos que perspectivassem uma visão 2016, considerando um cenário mais favorável e outro menos favorável. Este exercício foi complementar à TGN e solicitado via *email* aos peritos.

Da junção das várias ideias apresentadas foram construídos os dois cenários alternativos futuros que passamos a apresentar:

Figura 7: SWOT do cenário favorável

▪ Renovação de quadros médicos, com aposta numa gestão de RH racional e localmente adaptada ▪ Aposta clara em áreas de I&D que contribuam de modo significativo para a sustentabilidade do sistema ▪ Total interoperabilidade das TIC utilizadas, com circulação da informação de gestão e clínica, sendo esta acessível a partir de qualquer ponto de acesso aos cuidados. ▪ Generalização da gestão integrada da doença e do doente crónico	▪ Aumento significativo dos custos hospitalares em resultado da acentuação do envelhecimento populacional e do continuado aumento da esperança média de vida ▪ Políticas de saúde que não consideram as doenças relacionadas com o envelhecimento.
▪ Generalização do benchmarking ▪ Capacidade de decisão estratégica centrada na instituição, com elevado grau de autonomia, em função da avaliação dos resultados obtidos ▪ Nova arquitectura hospitalar, mais amiga do ambiente e do utilizador e de elevado grau de plasticidade ▪ Experimentação no terreno de novas TIC, criando valor acrescentado a zonas de grande extensão territorial e de baixa densidade populacional	▪ Sustentabilidade do SNS não completamente assegurada, em função do constante crescimento dos gastos em saúde

Figura 8: SWOT do cenário desfavorável

▪ Manutenção de áreas de excelência residuais em alguns hospitais públicos ▪ Eclosão de uma nova geração de profissionais de saúde com objectivos, pessoais e de grupo, muito auto-centrados e específicos	▪ Risco de evolução para um SNS residual, dirigido sobretudo à população de baixo rendimento ▪ Agravamento das desigualdades entre o litoral e interior do país
▪ Oportunidade para repensar o modelo do SNS	▪ Redução acentuada de profissionais de saúde qualificados no interior do país ▪ Concentração de serviços diferenciados na faixa litoral

BIBLIOGRAFIA

- ALBARELLO, L. et al. – Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. 2ª edição. Lisboa : Gradiva, 2005.
- ALLAN, J.; ENGLEBRIGHT, J. – Patient-centered documentation : an effective and efficient use of clinical information systems. [Em linha]. *Journal of Nursing Administration*. 30 : 2 (Feb. 2000) 90-95. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10689400>.
- AMADO, J. – Gestão da mudança em cuidados continuados integrados : a visão da saúde. In Seminário de Políticas e Administração de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Junho de 2010. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, Junho de 2010. Intervenção pública.
- AUSTRALIA. COAG – National health and hospitals network agreement. [Em linha]. Sydney : Council of Australian Governments, 2010. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.coag.gov.au/coag_meeting_outcomes/2010-04-19/docs/NHHN_Agreement.pdf.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT. DHS – Medicare Australia: agency resources and planned performance. [Em linha]. Sydney : Department of Human Services, 2008. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.dhs.gov.au/dhs/resources/publications/budget-0809/2008-09-Medicare-Australia.pdf>.
- BARROS, P. ; SIMÕES J. – Portugal: health system review. [Em linha]. *Health Systems in Transition*. 9 : 5 (2007) 1–140. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/D5848EE0-7C39-4836-9235-DCD39DB8E9D8/0/HiTPortugal2007.pdf>.
- BARROS, P. P. – Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 2.ª ed. Coimbra : Edições Almedina, 2009. ISBN 9789724037271. (Olhares Sobre a Saúde).
- BARROS, P.P. – Economia da saúde : conceitos e comportamentos. 1ª ed. Coimbra : Edições Almedina, 2006.
- BETANCOURT, J. R. et al. – Improving quality and achieving equity : a guide for hospital leaders. [Em linha]. Boston, MA : The Disparities Solutions Center. Massachusetts General Hospital, 2009. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível <http://www2.massgeneral.org/disparitiessolutions/guide.html>.
- BOWLING, A. – Research methods in health : investigating health and health services. 2nd ed. Philadelphia : Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20643-3.
- BUSSE, R. et al. – Tackling chronic disease in Europe : strategies, interventions and challenges. Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. (Observatory studies series; 20).
- CAMPOS, A. – O DL n.º 93/2005, de 7 de Junho : a transformação dos hospitais SA em entidades públicas empresariais (EPE). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23 : 1 (Julho/Dezembro 2005) 113-135.
- CAMPOS, L. – Contratualização interna e valor em saúde. In Think Thank Saúde-em-rede, 2, Lisboa, 18-24 de Março de 2009 – O cidadão e o sistema de saúde. [Em linha]. Lisboa : Hospital do Futuro, 2009. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/Apresentacao%20Luis%20Campos.pdf>.

CARLSON, G. – What is a health maintenance organization? [Em linha]. Columbia, MO : University of Missouri Extension, 2009. (Missouri Families. Managed Care Info Sheets). [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://missourifamilies.org/infosheets/health/whatishmo.pdf>.

CARNEIRO, A. – Cuidados de saúde baseados na evidência e nas normas clínicas. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide: Casa das Letras, 2009.

CHAUVET, A. – Métodos de gestão : o guia. Lisboa : Instituto Piaget, 1995. (Sociedade e Organizações; 16.) Tít. orig.: Méthodes de Management - Le Guide. ISBN 972-771-082-4.

COLLINS, C. D. ; GREEN, A. T. – NHS reforms in the United Kingdom and learning from developing country experience. [Em linha]. *Journal of Management in Medicine*. 14 : 2 (2000) 87-99. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?Filename=/published/emeraldfulltextarticle/pdf/0250140201.pdf>.

COSTA, M. – A interface do hospital com os cuidados continuados integrados. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide : Casa das Letras, 2009.

DAVID, G. – The convergence between for-profit and nonprofit hospitals in the United States. Philadelphia : Wharton School of Business University of Pennsylvania, May 2005.

DAVIS, K - Learning from high performance health systems around the globe. [Em linha]. New York : The Commonwealth Fund, 2007. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Testimony/2007/Jan/Learning%20from%20High%20Performance%20Health%20Systems%20Around%20the%20Globe/996_Davis_learning_from_high_perform_hlt_sys_around_globe_Senate_HELP_testimony_01%2010%202007%20pdf.pdf.

DEEGAN et al. - National Leadership Network (NLN) - The Report of the National Leadership Network Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital, 2006. Disponível em <http://www.nationalleadershipnetwork.org/public/NLN-StrengtheningLocalServicesMain-170306.pdf>

DEEGAN, M. ; HENSHER, M. – Strengthening local services : the future of the acute hospital : reference and resource report. [Em linha]. London: National Leadership Network. Local Hospitals Project, 21 March 2006. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.nationalleadershipnetwork.org/public/NLN-StrengtheningLocalServicesMain-170306.pdf>.

DEGELING, P.J. et al. – Making clinical governance work. *BMJ*. 329 (2004) 679-681.

DELGADO, M. – A melhoria contínua da qualidade. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide : Casa das Letras, 2009.

DELGADO, M. – Serviço Nacional de Saúde : a miragem da sustentabilidade? In ESCOVAL, A. – Inovação, sustentabilidade e valor em saúde. Lisboa : Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), 2008. ISBN 978-989-95247-1-2. 394, [5].

DEWULF, G., WRIGTH, S. - Capital financing models, procurement strategies and decision-making. Chapter 7. *In* RECHEL, B. et al., ed. lit. – Investing in hospitals of the future. Brussels: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Publication, 2009.

DECRETO-LEI n.º 177/92. D.R. 186. 1ª Série-A. (1992-05-13) 3926-3928 – Estabelece o regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde.

DOUGLAS, J.; BROOKS, R. — The future hospital : the progressive case for change. London : Institute for Public Policy Research, 2007.

DRUCKER, P. – The new realities. New York : Harper & Row, 1989.

EOHSP – Health systems in transition : Finland. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2002. [Consult. 28 Maio. 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/finland-hit-2002>.

EOHSP – Health systems in transition : Portugal health system review. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2007. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/portugal-hit-2007>.

EOHSP – Health systems in transition : summary : Australia. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2006b. [Consult. 28 Maio. 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/australia-hit-2007>.

EOHSP – Health systems in transition : summary : Canada. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/canada-hit-2005>.

EOHSP – Health systems in transition : summary : Denmark. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2007. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/denmark-hit-2007>.

EOHSP – Health systems in transition : summary : The Netherlands. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. [Consult. 1 Junho 2010]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf.

EOHSP – Health systems in transition : summary : Finland. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. [Consult. 28 Maio. 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/finland-hit-2008>.

EOHSP – Health systems in transition : summary : Germany. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. [Consult. 28 Maio. 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/germany-hit-2004>.

EOHSP – Health systems in transition : summary : Spain. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2006a. [Consult. 28 Maio. 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/spain-hit-2007>.

EOHSP – Health systems in transition : United Kingdom. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 1999. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>.

ESCOVAL, A. – Inovação, sustentabilidade e valor em saúde. In ESCOVAL, A. – Inovação, sustentabilidade e valor em saúde. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), 2008. ISBN 978-989-95247-1-2. 394, [5].

ESCOVAL, A.; MATOS, T. – A contratualização e a regulação nos hospitais. In CAMPOS, L. ; BORGES, M.; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide: Casa das Letras, 2009.

ESTORNINHO, M. – Organização administrativa da saúde: relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino. Coimbra: Almedina, 2008.

FARRINGTON-DOUGLAS, J., BROOKS, R. – The future hospital: the progressive case for change. London: Institute for Public Policy Research, 7 January 2007.

FASSBENDER, K. – Citizen's participation: the role of citizens in the management of the health care system and its consequences. In *Think Thank Saúde-em-rede*, 2, Lisboa, 18-24 de Março de 2009 - O cidadão e o sistema de saúde. [Em linha]. Lisboa: Hospital do Futuro, 2009. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/Saude2010/KonradFassbender23_03.pdf.

FERREIRA, P. – Medição do estado de saúde e da qualidade de vida. In Simões, J., coord. – 30 anos do Serviço Nacional de Saúde : um percurso comentado. Edição : Almedina, 2010. (Olhares sobre a saúde). ISBN 978-972-40-4110-0.

FIGUEIRAS, J.; ROBINSON R.; JAKUBOWSKI, E. – Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead : Open University Press, 2005.

FINLAND. KELA – Annual report 2008. [Em linha]. Helsinki : Kela, 2008. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/050609151101AK/\\$File/Kela%20annual%20report_%202008.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/050609151101AK/$File/Kela%20annual%20report_%202008.pdf?OpenElement).

FINOCCHIARO, G. et al. - Clinical governance and continuous quality improvement in surgical organizations. *Il Giornale Di Chirurgia*. 30 : 1-2 (2009) 58-60.

FRAGATA, J. – Gestão do risco. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide : Casa das Letras, 2009.

FRANÇA, M. – Gestão da qualidade e inovação em saúde. In ESCOVAL, A. – Inovação, sustentabilidade e valor em saúde. Lisboa : Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), 2008.

FUENZALIDA-PUELMA, H. L. - Health care reform in central and Eastern Europe and the former Soviet Union : a literature review. [Em linha]. Budapest : Open Society Institute, 2002. ISBN 963 9419 44 3. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://lgi.osi.hu/publications/2002/214/Fuenzalida.pdf>.

GERMANY. THE FEDERAL MINISTRY OF HEALTH – Health care system and health care reform in Germany, 15 April 2009. [Em linha]. Berlin : The Federal Ministry of Health, 2009. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.bmg.bund.de/cln_091/nn_1169696/EN/Gesundheit/gesundheit__node.html?__nnn=true.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. – Managing the care of health and the cure of disease : Part I : differentiation. *Health Care Management Review*. 26 : 1 (Winter 2001) 56-69.

GRAÇA, L. – Importância da gestão em saúde [editorial]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23 : 1. (Janeiro/Junho 2005) 3-4.

GRANJA ROMERO, E. et al. – Study of the derivations to an external consultation of internal medicine : can be managed the waiting list? [Em linha]. *Anales de Medicina Interna*. 21 : 2 (Feb 2004) 72-74. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974892>.

HOMEDES, N. ; UGALDE, A. – Human resources : the Cinderella of health sector reform in Latin America. [Em linha]. *Human Resources for Health*. 3 : 1 (2005) doi:10.1186/1478-4491-3-1. [Consult. 25 Junho 2010]. Disponível em <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1>.

IACOBUCCI, G. – Leading doctors say NHS cuts could save money and lives. [Em linha]. *Pulse*. (30 Apr. 2010). [Consult. 25 Abril 2010]. Disponível em http://www.pulsetoday.co.uk/story.asp?sectioncode=23&storycode=4125891&cid=quote_of_the_week_060510.

IRELAND. IMO – IMO submission to the Expert Group on Resource Allocation and Financing in the Health Sector. [Em linha]. Dublin: Irish Medical Organisation, June 2009. [Consult. 25 Abril 2010]. Disponível em <http://www.imo.ie/Documents/Sub%20Res%20Alloc%20and%20Financ%20HS%20final.pdf>.

IRISH MEDICAL ORGANISATION - IMO submission to the expert group on resource allocation and financing in the health sector. Irish Medical Organisation, June 2009. Disponível em <http://www.imo.ie/Documents/Sub%20Res%20Alloc%20and%20Financ%20HS%20final.pdf>

ISSA. INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION – Methods of financing health care : Finnish National Health Insurance : the financing reform of 2006. In International Conference of Social Security Actuaries and Statisticians, 15, Helsinki, Finland, 23-25 May 2007 – Proceedings. [Em linha]. Helsinki : International Social Security Association, 2007. [Consult. 15 Maio 2010] Disponível em <http://www.issa.int/aiss/content/download/39654/773931/file/2haapa-aho.pdf>.

JONES, J. ; HUNTER, D. – Consensus methods for medical and health services research. [Em linha]. *BMJ*. 311 : 7001 (5 Aug 1995) 376-80. [Consult. 15 Maio 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550437/pdf/bmj00604-0040.pdf>.

LEAT, P.; PINK, G.H.; GUERRIERRE, M. – Towards a Canadian model of integrated healthcare. [Em linha]. *Healthcare Papers*. 1 : 2 (2000) 13-35. [Consult. 20 de Maio 2010]. Disponível em <http://www.longwoods.com/content/17216>.

LEI n.º 3-A/2010. D.R. 1ª Série. 82. (2010-04-28) 1466(2)-1466(65) – Aprova as Grandes Opções do Plano para 2010 -2013.

LEI nº 41/2007. D.R. 1ª Série. 163 (2007-08-24) 5664-5665 – Aprova os termos a que deve obedecer a redacção e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos doentes do Serviço Nacional de Saúde.

LEU, R.E. et al. – The Swiss and Dutch health insurance systems : universal coverage and regulated competitive insurance markets. [Em linha]. New York : The Commonwealth Fund, January 2009. [Consult. 20 Maio 2010] Disponível em http://www.commonwealthfund.org/~media/Filesnd%20Report/2009/Jan/The%20Swiss%20and%20Dutch%20Health%20Insurance%20Systems%20%20Universal%20Coverage%20and%20Regulated%20Competitive%20Insurance/Leu_swissdutchhltinsystems_1220%20pdf.pdf.

LEWIS, R. et al. – Where next for integrated care organisations in the English NHS? [Em linha]. London : Nuffield Trust. King's Fund, 2010. [Consult. 15 Maio 2010]. Disponível em <http://www.library.nhs.uk/COMMISSIONING/ViewResource.aspx?resID=347016&tabID=290>.

LOENING, M. – Global trends in health care public-private partnerships. In WILTON PARK CONFERENCE, 909, April 9-11, 2008 – Public-Private Investment Partnerships in Health Systems Strengthening. London : Wilton Park, 2008.

LOYD, J.; WAIT, S. - Integrated Care. A Guide for Policymakers. Alliance for Health and the Future. (2000). Disponível em www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_7.pdf

LOMBRAIL, P. – Health care and secondary access to care inequalities. *Revue d' Epidémiologie et Santé Publique*. 55 : 1 (Feb 2007) 23-30.

MANDL, K. D. et al. – Indivo : a personally controlled health record for health information exchange and communication. *BMC Medical Informatics and Decision Making*., 7 : 25 (2007) doi:10.1186/1472-6947-7-25.

MANNION, R. – General practitioner commissioning in the English National Health Service : continuity, change, and future challenges. *International Journal of Health Services*. 38 : 4 (2008) 717-30.

MAROY, C. – A análise qualitativa de entrevistas. In ALBARELLO, L. et al. – Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. 2ª edição. Lisboa : Gradiva, 2005.

MARTINEAU, T.; BUCHAN, J. – Human resources and the success of health sector reform. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)* 4 : 3 (2000) 174-183.

MARTINS, H. – Sistemas de informação. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide : Casa das Letras, 2009.

McKEE, M.; HEALY, J. – Pressures for change. In McKEE, M, HEALY, J. – Hospitals in a changing Europe. Buckingham : Open University Press, 2002a. 36–58.

McKEE, M.; HEALY, J. – The significance of hospitals : an introduction. In McKEE, M, HEALY, J. – Hospitals in a changing Europe. Buckingham : Open University Press, 2002b. 2-13.

MITCHELL, I.A. et al. – A robust clinical review process : the catalyst for clinical governance in an Australian tertiary hospital. [Em linha]. *MJA – Medical Journal of Australia*. 189 : 8 (October 2008) 451-455. [Consult. 15 Maio 2010] Disponível em http://www.mja.com.au/public/issues/189_08_201008/mit11298_fm.pdf.

MORENO, J. J., et al., coord. – Autogestión en la atención primaria española. (Autores). [Em linha]. Madrid : Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGEF), 2009. [Consult. 15 Maio 2010] Disponível em <http://www.gacetamedica.com/gacetamedica/DocumentacionPdf/AutogestionenAP.pdf>.

MORSE, J. H. et al. – The Kentucky Initiative in health services contracting : the search for contracting of outcomes measures. *International Journal of Public Administration*. 31 : 6 (2008) 639 – 653.

MUNGALL, I.J. – Trend towards centralization of hospital services and its effect on access to care for rural and remote communities in the UK. [Em linha]. *Rural Remote Health*. 5 : 2 (Apr-Jun 2005) 390. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_390.pdf.

THE NETHERLANDS. DNB. DE NEDERLANDSCHE BANK – Health insurers. [Em linha]. Amsterdam : De Nederlandsche Bank, 2007. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.dnb.nl/openboek/extern/id/en/vz/41-116994.html>.

NOLTE, E., McKEE, M. – Integration and chronic care : a review. In NOLTE, E., McKEE, M. ed. lit. –Caring for people with chronic conditions : a health system perspective. Maidenhead : Open University Press, 2008. 64-91.

NOLTE, E.; KNAI, C.; McKEE, M. - Managing chronic conditions : experience in eight countries. [Em linha]. Copenhagen : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. (Observatory Studies Series; 15). [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf.

NUNES, S. – Análise estratégica do OPSS. [Em linha]. Lisboa : ENSP. UNL, [2001]. [Consult. 3 de Maio 2010]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/saboga/>

OECD – Health at a Glance 2009 : OECD indicators. [Em linha]. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, 2009b. [Consult. 29 Abril 2010]. Disponível em <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109111ec041.pdf?expires=1273422292&id=0000&accname=freeContent&checksum=29C9C0CB3F927EE5236AB4ABAD5BF806>.

OECD – Health at a Glance 2009. [Em linha]. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, 2009a. [Consult. 29 Abril 2010]. Disponível em http://www.oecdilibrary.org/oecd/content/book/health_glance-2009-en.

OECD – OECD Health Data 2009 : frequently request data. [Em linha]. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, 2009c. [Consult. 29 Abril 2010]. Disponível em http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls.

OLIVEIRA, M. D.; BEVAN, G. – Measuring geographic inequalities in the Portuguese health care system : an estimation of hospital care needs. [Em linha]. *Health Policy*. 66 (March 2003) 277–293. [Consult. 22 de Maio 2010]. Disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/artigos/portugal.pdf>.

OPSS – 10/30 anos : razões para continuar : relatório de Primavera. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Mar da Palavra, 2009.

OPSS – Conhecer os caminhos da saúde : relatório de Primavera 2001. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

OPSS – Desafios em tempos de crise : relatório de Primavera 2010. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.

OPSS – O estado da saúde e a saúde do Estado : relatório da Primavera 2002. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

OPSS – Luzes e sombras : a governação em saúde : relatório de Primavera 2007. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2007.

OPSS – Saúde : que rupturas? : relatório de Primavera 2003. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

OPSS – Sistema de saúde português : riscos e incertezas : relatório da Primavera 2008. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2008.

OPSS – Um ano de governação em saúde : sentidos e significados : relatório da Primavera 2006. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Mar da Palavra, 2006.

OSBORN, A. – Your creative power : how to use imagination. [Em linha]. London : Charles Scribner's Sons, 1948. [Consult. 10-02-2010]. Disponível em <http://www.archive.org/details/yourcreativepowe007361mbp>.

PAN, X. et al. – Service utilization in community health centers in China : a comparison analysis with local hospitals. *BMC Health Services Research*. 6 : 93 (2006) doi:10.1186/1472-6963-6-93.

PONTES, C. et al. – Referenciação aos cuidados de saúde secundários. [Em linha]. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 22 (2006) 555-568. [Consult. 18-04-2010]. Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529142557359276.pdf>.

PORTER, M.; TEISBERG, E. – Michael Porter and Elizabeth Teisberg on redefining value in health care : an interview by Alistair Davidson and Robert M. Randall. [Em linha]. *Strategy & Leadership*. 34 : 6 (2006a) 48-50. [Consult. 18-04-2010]. Disponível em <http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?Filename=/published/emeraldfulltextarticle/pdf/2610340607.pdf>.

PORTER, M.; TEISBERG, E. – Redefining health care : creating value-based completion on results. Boston : Harvard Business School Press, 2006b.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – Memo : linhas de acção do programa de estabilidade de crescimento 2010-2013. [Em linha]. Lisboa : Ministério das Finanças e da Administração Pública, 08 Março 2010. [Consult. 12-03-2010]. Disponível em http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MFAP/PEC_2010_2013_Linhas_Resumo_Preliminar.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - Relatório do Orçamento de Estado para 2008. Lisboa : Ministério das Finanças e da Administração Pública, Outubro de 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. DGO – Relatório Orçamento do Estado para 2010. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral do Orçamento, Janeiro de 2010. [Consult. 12-03-2010]. Disponível em <http://www.dgo.pt/oe/2010/Proposta/Relatorio/rel-2010.pdf>.

PORTUGAL. MS. ACS – Cuidados de saúde primários agora mais que nunca. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2008. Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2008 sob o título The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf.

PORTUGAL. MS. ACS – Letalidade intra-hospitalar por doença isquémica cardíaca. [Em linha]. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, [2009]. [Consult. 18-04-2010]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/doencas-cardiovasculares/letalidade-intra-hospitalar-por-doenca-isquemica-cardiaca/>.

PORTUGAL. MS. ACS. – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 : termos de teferência : análise “Cuidados Hospitalares em Portugal”. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2010.

PORTUGAL. MS. ACSS – Hospitais EPE : demonstração dos resultados : Setembro de 2009. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério Saúde, 2009. [Consult. 29 Abril 2010]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DR%20Hospitais%20EPE%20Setembro%202009.pdf>.

PORTUGAL. MS. ACSS – Unidades Locais de saúde : modalidade de pagamento : unidade operacional de financiamento e contratualização. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério Saúde, 23 de Março de 2009. [Consult. 12-03-2010]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direccoes_e_Unidades/modalidadeULS09-versaodivulgacao_23_Mar.pdf.

PORTUGAL. MS. ACSS. GTRSE – R2A: orientações para especificação funcional e técnica do sistema de RSE. [Em linha]. Lisboa : Grupo de Trabalho para o Registo de Saúde Electrónico. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 29 de Junho de 2009a. [Consult. 18-04-2010]. Disponível em <http://www.e-saude2009.eu/view.php?id=63>.

PORTUGAL. MS. ACSS. GTRSE – Registo de Saúde Electrónico : apresentação do resultado das reflexões do grupo de trabalho para o registo de saúde electrónico. In e-SAÚDE 2009 ENCONTRO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO. Lisboa, Museu do Oriente, 25 e 26 de Junho de 2009 – Actas. Lisboa : Health Cluster Portugal, 2009b.

PORTUGAL. MS. ACSS. ISEG-UNL – Sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes nos hospitais EPE e SPA : resumo executivo. Lisboa : ISEG-UNL, 2008.

PORTUGAL. MS. ACSS. SIGIC – Actividade cirúrgica 2009. [Em linha]. Lisboa : Sistema de Gestão dos Utentes Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2010. [Consult. 29 Abril 2010]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UCGIC%20MV%2020100427%20Relatório%20TP%20resumo%20MS%202009%20VE1SG.pdf>

PORTUGAL. MS. ACSS. SIGIC – Análise dos dados do país sobre a Lista de Inscritos para Cirurgia referentes ao ano 2007. Lisboa : Sistema de Gestão dos Utentes Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2007.

PORTUGAL. MS. ACSS. SIGIC – Relatório da Actividade em Cirurgia relativa ao total de patologias no país, ano 2008. Lisboa : Sistema de Gestão dos Utentes Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2008.

PORTUGAL. MS. ACSS. UOGF – Serviço Nacional de Saúde : Relatório e contas 2007. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2009.

PORTUGAL. MS. ARSLVT – Nos 30 anos do SNS : Governação dos hospitais : conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT. Lisboa : Administração de Lisboa e Vale do Tejo. Ministério da Saúde, 2009.

PORTUGAL. MS. DGS – Assistência médica no estrangeiro : comunicação da informação clínica relativa aos cuidados de saúde prestados em estabelecimento de saúde estrangeiro para: hospitais do serviço nacional de saúde. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, 2010. (Circular Informativa nº 16/DQS/DMD de 22/04/2010). [Consult. 25 Abril 2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=16002>.

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2004-2010. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2004 [Consult. 24 Abril 2010]. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_2.html.

PORTUGAL. MS. DGS. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS E PLANEAMENTO – Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa : Direcção de Serviços e Planeamento. Direcção-Geral da Saúde, 2001.

PORTUGAL. MS. DGS. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS E PLANEAMENTO – Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa : Direcção de Serviços e Planeamento. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2001.

PORTUGAL. MS. ERS – Recomendação dirigida às 5 ARS relativa às Redes de Referenciação Hospitalar. [Em linha]. Lisboa : Entidade Reguladora da Saúde 2010. [Consult. 29 Abril 2010]. Disponível em http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Recomendacao_RRH.pdf.

PORTUGAL. MS. SIGIC – Estudo dos motivos de recusa de transferência : inquérito telefónico versão 4. [Em linha]. Lisboa : Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Ministério da Saúde, 2008-01-24. [Consult. 29 Abril 2010]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BD8132D0-91FA-4D5A-B663-E972DC50E5BA/0/UCGICEstudoMotivosRecusaTransferencia.pdf>.

- PORTUGAL. MS. SS. UMCCI. RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. [Em linha]. Lisboa : Rede de Cuidados Continuados e Integrados. Unidade de Missão de Cuidados Continuados e Integrados. Segurança Social. Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 23 Maio 2010]. Disponível em <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao.php>.
- PORTUGAL.MS. MCSP – Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários : carteira de serviços. Lisboa : Missão de Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde, 2007.
- POTTER, M.; GORDON, S. ; HAMER, P. – The Nominal Group Technique : a useful consensus methodology in physiotherapy research. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 32 : 3 (2004) 126-130.
- RECHEL, B. et al. – Capital investment for health : case studies from Europe. Copenhagen : WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009a.
- RECHEL, B. et al. – Even though times : investing in hospitals of the future. *Euro Observer : the Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems an Policies*. 12 : 1 (Spring 2010).
- RECHEL, B. et al. – Investing in hospitals of the future. Copenhagen : WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009b.
- REIS, V. – Gestão em saúde : um espaço de diferença. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 2007.
- SAKELLARIDES, C. – Gestão do conhecimento, inovação e governação clínica. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide : Casa das Letras, 2009.
- SAKELLARIDES, C. et al. – O futuro do sistema de saúde português : “Saúde 2015”. Lisboa : ENSP, 2004.
- SALTMAN, R. B. – The Western European experience with health care reform. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, April 2002.
- SANTANA, P. – Os ganhos em saúde e no acesso ao serviços de saúde. In Simões, J., coord. – 30 anos do Serviço Nacional de Saúde : um percurso comentado. Coimbra : Almedina, 2010. (Olhares sobre a saúde) ISBN 978-972-40-4110-0.
- SANTANA, P. ; VAZ, A. – Planeamento e gestão dos recursos humanos. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. Alfragide : Casa das Letras, 2009.
- SCHABLOSKI, A. K. – Health care systems around the world. [Em linha]. Santa Monica, CA : Insure the Uninsured Project, 2008. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.itup.org/Reports/Fresh%20Thinking/Health_Care_Systems_Around_World.pdf.
- SCIULLI, N. – Public private partnerships : identifying practical issues for an accounting research agenda. *Journal of Business Systems, Governance and Ethics*. 2 : 2. (2007) 17-28.
- SEMG. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA - Autogestión en la atención primaria española. Moreno, J. J. (Coordenador); Fuertes, J. C. et al. (Autores). 2009. [Em linha] [Consult. 31 Maio 2010] Disponível em <http://www.gacetamedica.com/gacetamedica/DocumentacionPdf/AutogestionenAP.pdf>

SIMÕES, J. – O financiamento da saúde em Portugal. In ESCOVAL, A. – Inovação, sustentabilidade e valor em saúde. Lisboa : Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), 2008. ISBN 978-989-95247-1-2. 394, [5]

SIMÕES, J.; BARROS, P.P.; PEREIRA, J. – Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. [Em linha]. Lisboa : Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>.

SOARES, S. et al. – Efectividade do sistema de triagem telefónica Saúde 24 Pediatria num serviço de urgência pediátrica. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 433-442. [Consult. 15 Maio 2010]. Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529122528484579.pdf>.

SULLIVAN, E.; FRANCIS, K.; HENGEY, D. – Review of small rural health services in Victoria : how does the nursing-medical division of labour affect access to emergency care? *Journal of Clinical Nursing*. 17 : 12 (Jun 2008) 1543-1552.

SUTER, E. et al. – Ten key principles for successful health systems integration. [Em linha]. *Health Care Quartely*. 13 : Special Issue (October 2009). [Consult. 15 Maio 2010]. Disponível em <http://www.longwoods.com/content/21092>.

TAN, J.; WEN, H.; AWADO, N. – Health care and services delivery systems as complex adaptive systems. *Communications of the ACM*. 48 : 5 (May 2005) 36-44.

TANNER, M. – The grass is not always greener: a look at National Health Care Systems around the world. *Policy Analysis*. 613 (March 18, 2008) 1-47.

TAYLOR et al. – A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 9 : 55 (2009) doi:10.1186/1471-244X-9-55.

TEPERI, J. et al. - The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra Reports 82, 2009

THE NETHERLANDS. DNB. DE NEDERLANDSCHE BANK – Health insurers. [Em linha]. Amsterdam: De Nederlandsche Bank, 2007. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.dnb.nl/openboek/extern/id/en/vz/41-116994.html>

THE NETHERLANDS. MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT - Risk adjustment under the health insurance act in the Netherlands. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport, Junho de 2008. [Em linha] [Consult. 31 Maio 2010] Disponível em http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/ra-risicoverevening-engels-_tcm20-169252.pdf

TOHMSON, S.; FOUBISTER, T.; MOSSIALOS, E. – Financing health care in the European Union : challenges and policy responses. Copenhagen : European Observatory on Health System and Policies, 2009. (Observatory studies series; 17).

UK. DEPARTMENT OF HEALTH – Keeping the NHS local : a new direction of travel. [Em linha]. London : Department of Health, 2003. [Consult. 25 Abril 2010]. Disponível em http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4085947.pdf.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH – Our health, our care, our say : a new direction for community services. London : Department of Health, January 2006. [Consult. 25 Abril 2010]. Disponível em http://www.northwest.nhs.uk/document_uploads/Maternity_Matters/Our_health_our_care_our_say.pdf.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH – The configuring hospitals evidence file: part one. [Em linha]. London : Department of Health, July 2004. [Consult. 25 Abril 2010]. Disponível em http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4086082.pdf.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH – The NHS Constitution : the NHS belongs to us all : for England. [Em linha]. London : Department of Health, 21 Janeiro 2009. [Consult. 15 Maio 2010] Disponível em http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_094155.pdf.

UK. NHS – About the NHS. [Em linha]. London : National Health Service, 2009. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.nhs.uk/aboutnhs/Pages/About.aspx>.

USA. GEISINGER – Geisinger Health Plan : key facts. [Em linha]. Danville : Geisinger Health System, 2009. [Consult. 27 Maio 2010]. [Consult. 15 Maio 2010] Disponível em <http://www.thehealthplan.com/news/keyfacts.cfm>.

USA. GEISINGER – Geisinger quality : striving for perfection : a vision for the second century : 2006-2010 annual report : heal, teach, discover, serve. [Em linha]. Danville : Geisinger Health System, 2006. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.geisinger.org/about/vision_06.pdf.

USA. GEISINGER – Why Geisinger. [Em linha]. Danville : Geisinger Health System, [2010]. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em <http://www.geisinger.org/about/index.html>.

USA. KAISER PERMANENTE INTERNATIONAL – Selected European Countries' Health Systems and the United States. [Em linha]. Washington, DC : Kaiser Permanente International, 2008. [Consult. 15 Maio 2010]. Disponível em <http://xnet.kp.org/kpinternational/international/2008eurohealthsyscomp.pdf>.

USA. THE JOINT COMMISSION – Health care at the crossroads : guiding principles for the development of the hospital of the future. [Em linha]. Washington, DC : The Joint Commission, 2008. [Consult. 30 de Abril 2010]. Disponível em http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/1C9A7079-7A29-4658-B80D-A7DF8771309B/0/Hospital_Future.pdf.

VAN DE VEN, A.; DELBECQ, A. – The effectiveness of Nominal, Delphi and Interacting Group Decision Making processes. *Academy of Management Journal*. 17 : 4 (December 1974) 605–621.

VAN DER LINDEN, B.; SPREEUWENBERGB, C.; SCHRIJVERS, A.J.P. – Integration of care in The Netherlands : the development of transmural care since 1994. [Em linha]. *Health Policy*. Volume 55 : 2 (February 2001) 111-120. [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V8X-424M276-3-

1&_cdi=5882&_user=3425963&_pii=S0168851000001251&_orig=search&_coverDate=02%2F28%2F2001&_sk=99449997&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkWA&md5=b3f3cffeede171b9d63775b1c393dff&ie=/sdarticle.pdf

VAN RAAK, A. et al. – Integrated Care in Europe : description and comparison of integrated care in six EU countries. Maarsen : Elsevier, 2003.

WALLACE, P. – Comparative effectiveness: the importance of physician leadership. *In* DISCUSSÃO ESTRATÉGICA, Lisboa, 25 e 26 de Junho, Salão Nobre da Escola Nacional de Saúde Pública – Gestão Integrada da Doença. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Direcção Geral de Saúde (DGS). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL), 2009a.

WALLACE, P. – Kaiser Permanente: an overview. *In* DISCUSSÃO ESTRATÉGICA, Lisboa, 25 e 26 de Junho, Salão Nobre da Escola Nacional de Saúde Pública – Gestão Integrada da Doença. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Direcção Geral de Saúde (DGS). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL), 2009b.

WALLACE, P. – U.S. health care : update post the Obama inauguration. *In* DISCUSSÃO ESTRATÉGICA, Lisboa, 25 e 26 de Junho, Salão Nobre da Escola Nacional de Saúde Pública – Gestão Integrada da Doença. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Direcção Geral de Saúde (DGS). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL), 2009c.

WHO – WHO corporate strategy. Geneva : World Health Organization, 2000. (EB 105/3).

WHO – Health promotion glossary. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1). [Consult. 27 Maio 2010]. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf.

WHO – WHO definition of Health. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2003. [Consult. 20 Abril 2010]. Disponível em <http://www.who.int/about/definition/en/print.html/>.

WHO – WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen : World Health Organization, 2010.

WHO/Europe – Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). [Em linha]. Geneva : World Health Organization, March 2010. [Consult. 20 Abril 2010]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/WHO-Evaluation-NHP-Final-March16.pdf>.