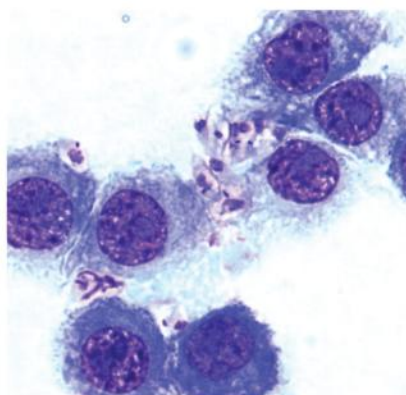
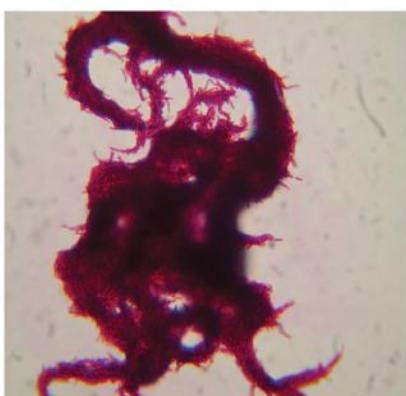




Planeamento da saúde – modelos europeus



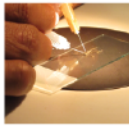
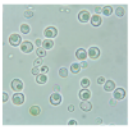
Paulo Ferrinho, Cátia Sá Guerreiro
Research Centre on Global Health and Tropical Medicine

**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA**

Rui Portugal,
DGS



Sumário

- Introdução
- Material e métodos
- Resultados
- Principais mensagens
- Agradecimentos
- Bibliografia

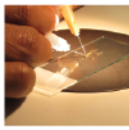
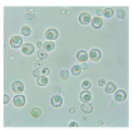




Introdução

- A adoção de planos em todos os setores da sociedade tem ganho em importância, pela sua capacidade de influenciar a tomada de decisão.
- O planeamento estratégico (PE), enquanto procedimento complexo, **participado e mobilizador** de todos os quadrantes da sociedade, contribui para **ganhos em conhecimento** e para a difusão do mesmo, legitimando **visões estratégicas** e clarificando **áreas prioritárias** de intervenção.

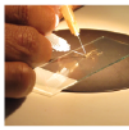
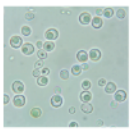




Introdução

- O PE no setor da saúde (PES) emergiu na década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century*.
- Com o intuito de maximizar os ganhos em saúde nos países europeus, o Comité Regional da OMS na Europa adotou um plano de saúde até 2020, o qual constitui a base de muitos dos atuais PNS (Plano Nacional de Saúde) europeus.

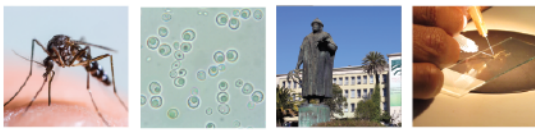




Introdução

- Ao contrário do Brasil, a prática do PES em Portugal tem sido feito sem referências teóricas explícitas.
- Uma análise da gestão estratégica do serviço nacional de saúde (SNS) permite, nas últimas duas décadas, identificar em Portugal a existência de três ciclos de PE que se sobrepueram a um número maior de ciclos políticos.
- O último destes ciclos de PE está atualmente em curso e refere-se à extensão do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 até 2020.





Material e métodos

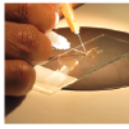
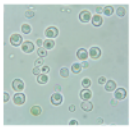
- **Objetivo**

Comparar os diferentes PNS dos países europeus da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE).

- O estudo incide sobre **24** países europeus da OCDE com documentação do processo de planeamento ou de política de saúde, disponíveis publicamente em espanhol, francês, inglês ou português.

Alemanha	Espanha	Finlândia	Hungria	Luxemburgo	R Checa
Áustria	Eslováquia	França	Irlanda	Noruega	Reino Unido
Bélgica	Eslovénia	Grécia	Itália	Polónia	Suécia
Dinamarca	Estónia	Holanda	Islândia	Portugal	Suíça

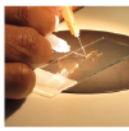
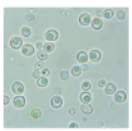




Material e métodos

- A **análise documental** é feita recorrendo a um quadro lógico e à análise de conteúdo.
- Os **resultados** comparam os processos de planeamento, tentando enquadrá-las na diversidade de conjunturas dos países.

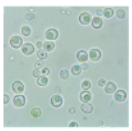




Resultados

- Os sistemas de serviços de saúde (SSS) dos países em estudo podem ser agrupados nas seguintes categorias:
 - Tendencialmente beveredgianos –
 - Serviço Nacional de Saúde (Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Islândia, Noruega, **Portugal**, Reino Unido, Suécia);
 - Tendencialmente bismackianos –
 - Seguro Nacional de Saúde (Irlanda, Itália);
 - Seguro Social de Saúde (Alemanha, Áustria, Luxemburgo, Suíça);
 - Sistema de Base Social Misto (Eslovénia); e
 - Seguro Social de Saúde Estatal (Bélgica, Eslováquia, Estónia, França, Holanda, Hungria, Polónia, República Checa).

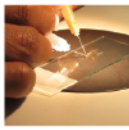
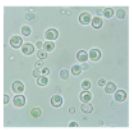




Resultados

- A componente liberal dos sistema de serviços de saúde (SSS) tem vindo a aumentar, no entanto, neste momento nenhum destes SSS pode ser classificado como seguindo um modelo maioritariamente liberal (privado).
- Os países da antiga esfera de influência soviética evoluíram geralmente de um modelo tipo Semashko para modelos tendencialmente bismarckianos.

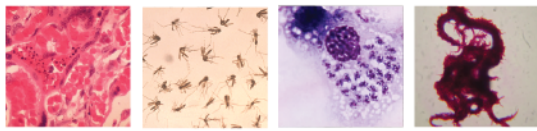




Resultados

- O desenvolvimento de políticas/estratégias/PNS tem sido feito de acordo com um de **3** modelos:
 - **centralizado** (Eslovénia, Eslováquia, Estónia, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Polónia, **Portugal**),
 - **descentralizado** (Dinamarca, Espanha, França, Reino Unido, Suécia, Suíça, **Portugal**) ou
 - **partilhado** entre as autoridades centrais e as regionais e/ou locais (Alemanha, Áustria, Bélgica, Finlândia, Holanda, Itália, Noruega, República Checa).





Resultados

Horizonte temporal das estratégias/PNS

Dinamarca **2013-2016**

Escócia 2007-2012

Eslováquia **2014-2030**

Eslovénia 2013-2023

Estónia 2009-2020

Espanha (de 3 a 12 anos dependendo da região autónoma) [38]

Finlândia 2012-2015

França de 5 em 5 anos

Hungria 2007-2013

Inglaterra 2010-2015

Irlanda 2013-2025

Islândia 2020

Itália- 2011-2013

Noruega 2011-2015

Polónia 2007-2015

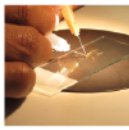
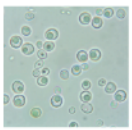
Portugal 2011-2016 (2020)

República Checa 14-20

Suécia 2013-2020

Suíça 2011-2020





Resultados

- A referência ao nível de aprovação não é frequente.
- Podemos inferir que as estratégias de saúde da Eslováquia, Eslovénia, da França e da Noruega são aprovadas pelo **parlamento nacional**.
- Nos outros países os *loci* de decisão parecem estar colocados nos órgãos de governação executiva da saúde a nível mais ou menos central, conforme for o caso.

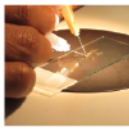
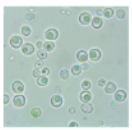




Resultados

- A expectativa é, geralmente, que as estratégias/PNS sejam implementados com os ***recursos próprios dos stakeholders envolvidos***, embora alguns Estados cativem recursos para:
 - apoiar a implementação de alguns objetivos (Polónia) ou
 - intervir na correção de desigualdades regionais através de fundos solidários (Itália).

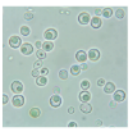




Resultados

- Nota-se também a tendência de **reforçar os poderes do Estado central** no que diz respeito ao planeamento e regulação do setor.
 - Esta tendência reflete a **preocupação generalizada nos estados europeus com:**
 - o acesso universal,
 - as desigualdades em saúde,
 - a capacidade de responder em tempo útil a diretivas europeias e
 - projetos de colaborações transfronteiriças.

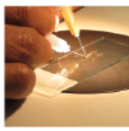
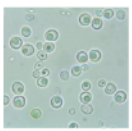




Resultados

- Referências aos valores orientadores estão frequentemente explicitadas;
 - dignidade humana,
 - solidariedade,
 - equidade,
 - universalidade e acesso,
 - sustentabilidade,
 - intersectorialidade,
 - transparência,
 - participação
 - saúde como um direito.





Resultados

- Estes valores estão alinhados com os do **Plano de Saúde Europeu 2020** que tem por base moral três valores básicos:
 - saúde como um **direito** humano básico;
 - **equidade** em saúde na base de uma responsabilidade coletiva ativa;
 - **participação e responsabilidade** em relação às atividades dos CS.
- Esta preocupação com os valores contribui para **reforçar a soberania dos doentes num pacote de preocupações sobre direitos, acesso a mecanismos de reclamação, transparência e oportunidades de escolha.**





Resultados

PES nos países de sistema tendencialmente bismarckiano

- Nos países tendencialmente de seguro social obrigatório (bismarckianos) o planeamento está fortemente **institucionalizado**, e é partilhado entre uma miríade de organizações, com **separação** entre reguladores, financiadores, angariadores e prestadores que, de acordo com regras mais ou menos claras, **contratualizam o acesso a pacotes variáveis de serviços. Acesso que se quer universal para alguns pacotes considerados essenciais.**
- Tradicionalmente, **o enfoque dos processos de planeamento nestes sistemas** incide sobre a **definição de pacotes de serviços e das condições de acesso** aos diferentes pacotes (pacote básico universal, pacotes para diferentes fases do ciclo de vida, pacotes específicos para pessoas com deficiências, pacotes mais diferenciados contra pagamentos extras, etc.).





Resultados

PES nos países de sistema tendencialmente bismarckiano

- Os pacotes de serviços ou são estabelecidos com base em **rácios e regras de capitação** (sem referência ao estado de saúde das populações (caso da Eslováquia), ocasionalmente com referência a prioridades e metas de saúde, (caso da Alemanha).
- É um processo **complexo, negociado, participado** (incluindo frequentemente a participação de doentes e cidadãos), em que o poder está frequentemente mais ou menos distribuído entre os níveis central, regional e local, com uma forte participação institucional (de reguladores, financiadores, angariadores, prestadores e utilizadores).
- O **governo central reserva-se pelo menos o poder para estabelecer as regras de funcionamento do sistema, regras essas que definem a forma como os serviços se desenvolvem, organizam e são acedidos.**





Resultados

PES nos países de sistema tendencialmente Beveredgianos

- Nos países tendencialmente **beveredgianos** os processos de planeamento estão **menos institucionalizados**. As situações variam desde:
 - Ausência de planeamento (como na Grécia),
 - Ausência de planos formais, mas com orientações/recomendações detalhadas e frequentes do poder político e das suas agências técnicas de apoio (como na Inglaterra),
 - Planos de saúde pública (como na Suécia), e
 - Planos abrangentes (de CS, de saúde pública e de saúde em todas as políticas) (como na Estónia).
- A um documento fulcral, podem estar associados documentos de naturezas várias: planos estratégicos específicos (por exemplo para o VIH), programas de trabalho, recomendações, regulamentos, normas técnicas, legislação específica, etc.





Resultados

PES nos países de sistema tendencialmente beveredgianos

- Com a compreensão de que intervenções sobre situações agudas a jusante, através do SSS, são uma resposta menos efetiva para resolver os grandes desafios de saúde, os governos estão a deslocar a atenção do PE de um foco maioritariamente nos cuidados de saúde (CS) (um foco que mantém a sua importância nas preocupações generalizadas na Europa com os custos dos CS e com a sustentabilidade dos SSS) para **uma abordagem mais centrada nos determinantes sociais e na saúde em todas as políticas**.
- Nestes sistemas, mais do que nos bismarckianos, debate-se qual o *locus* mais relevante para colocar a responsabilidade pelo planeamento.
 - Os **poderes locais** argumentam que as autoridades nacionais têm a tendência de realçar um enfoque mais a jusante, na prestação de cuidados, com objetivos mais imediatistas do que em objetivos de saúde com um horizonte alargado.

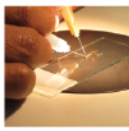
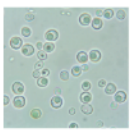


Resultados

PES nos países de sistema tendencialmente beveredgianos

- Na tradição de planeamento beveredgiano, a **definição de metas** tem sido reconhecida como uma mais-valia para priorizar e focar as atividades.
- É reconhecido que as metas devem satisfazer algumas condições, nomeadamente:
 - As metas nacionais têm de ser credíveis, ou seja, com base em evidências de qualidade e convincentes;
 - Deve ser incentivado o desenvolvimento de metas sub-nacionais para complementar as nacionais;
 - As metas, nacionais ou locais, devem contemplar processos e resultados.

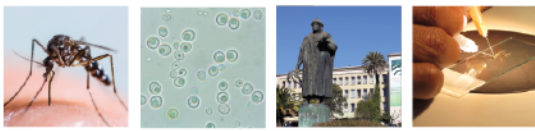




Resultados

- O **valor económico da saúde e do setor de cuidados** de saúde começa a ser explicitamente reconhecido em muitos documentos de política e estratégia de saúde, não só da Comissão Europeia, mas também de vários países europeus (Eslováquia, Finlândia, Hungria, Inglaterra e Islândia).
- Realçamos as estratégias da Hungria e Polónia que identificam o turismo médico, como uma atividade a valorizar nos SSS e da Islândia que leva em consideração os ciclos anuais de turismo na sua estratégia de saúde.
- Também na Islândia foi estudado o impacto económico do PNS e estimado que a consecução das suas metas reduziria os custos da doença para a sociedade em largos milhões de coroas.

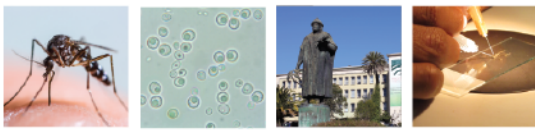




Principais mensagens

- Esta análise comparativa permite, entre outros contributos, identificar modelos de PES utilizados nos países europeus da OCDE, realçando diferentes tipos de planeamento.
- Possibilita ainda tecer considerações que podem resultar em sugestões para um PES que, embora ainda com défice de capacidade, é cada vez mais *value- and evidence-based*, refletindo os imperativos morais, sociais, económicos, epidemiológicos e sanitários para promover e proteger a saúde e garantir o bem-estar.

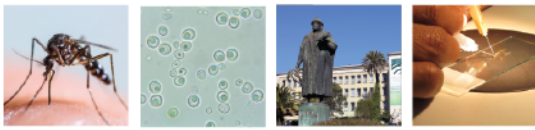




Principais mensagens

- Torna-se possível verificar que os processos de planeamento são complexos, contemplando ciclos (estratégias a 10 anos), dentro de ciclos diversos (programas quinquenais para diabetes, por exemplo), no interior de outros ciclos (eleitorais) e ciclos mais curtos e previsíveis (orçamento anual).
 - Esta é uma realidade generalizada e algumas publicações realçam a necessidade de um melhor alinhamento destes ciclos.
 - Na prática resulta que as orientações estratégicas para o setor podem ser encontradas em documentos genéricos de política nacional, em compromissos específicos de outros setores e em compromissos específicos do setor da saúde.





Bibliografia relevante

- Beja A, Ferrinho P, Craveiro I (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. Revista Portuguesa de Saúde Pública; 32 (1) 10–17.
- Carrolo M, Ferrinho P, Pereira Miguel J (2004). Consultation on Strategic Health Planning in Portugal, WHO-Portugal Round Table, 28th and 29th of July 2003. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- Craveiro I, Ferrinho P (2001). Planear estrategicamente: a prática no SNS. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19 (2): 27-37.
- European Commission (2011). Proposal For a Regulation of the European Parliament and of the Council on Establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020.
- Ferrinho P et al (2013). Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical: 76-87.
- Ferrinho P, Guerreiro CS, Portugal R (2015). Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 14: 71-84.
- Hartz Z, Ferrinho P (2011). Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. pp 58-79, Capítulo 3 em A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento. Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides. Gradiva. Lisboa.
- Ministério da Saúde (1999). Saúde um compromisso – uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volumes I e II. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2010). Atlas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel JB (2009). Strategy Safari: your complete guide through the wilds of strategic management, NY: Prentice Hall.
- Sena C, Ferrinho P, Miguel JP (2006). Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública 24 (1): 5-19.
- World Health Organization (1981). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva.
- World Health Organization (1998). Health 21 – Health for All in the 21st Century. Copenhagen.
- World Health Organization (2006). Portugal – WHO round table consultation on the Implementation of the National Health Plan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e90146.pdf>
- World Health Organization (2010). WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organization (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

