

Desafios da saúde em Portugal 2013



Duas agendas simultâneas:
cortes e reformas, com sentido.

Esta publicação pretende ser um contributo independente e sólido para uma maior pluralidade no pensamento e reflexão sobre o setor da saúde em Portugal.

Introdução

“A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafio.”

Martin Luther King Jr.



Manuel Carrilho Dias
PwC Health Director

Pelo segundo ano consecutivo, apresentamos a publicação “Desafios da Saúde em Portugal”, neste caso, referente ao ano de 2013.

Como na edição anterior, inspiramo-nos na série de publicações anuais do *Health Research Institute* (HRI) da PwC denominada “Top Health Industry Issues”. A filosofia desta publicação mantém-se fiel ao que inicialmente declaramos ser a nossa ambição: estimular uma discussão independente e tecnicamente sólida que permita sistematizar uma visão sobre os principais desafios da saúde em Portugal, não procurando que os temas selecionados sejam consensuais, muito menos que a visão por nós expressa sobre cada um dos desafios seja a única, a verdade absoluta e que tenha de ser partilhada por todos. Antes pelo contrário, pretendemos que esta reflexão seja uma contribuição para uma maior pluralidade no pensamento sobre o setor.

Tal como na primeira edição, o âmbito da reflexão e debate que pretendemos promover não se limita ao setor público, aos prestadores públicos de saúde ou, de um modo geral, aos desafios do Serviço Nacional de Saúde.

Pretendemos que o âmbito da reflexão seja alargado, procurando encontrar respostas sobre os desafios das diversas atividades da cadeia de valor da saúde e dos vários atores intervenientes, sejam eles públicos, privados ou sociais.

Também mantivemos a característica participativa na preparação deste documento através do envolvimento do nosso painel de especialistas setoriais que, de forma independente, contribuíram para a nossa reflexão e para que esta publicação fosse possível.

Este ano mantivemos a sistematização da nossa reflexão em 10 (dez) desafios principais, tal como no ano anterior, com o objetivo de continuarmos a assegurar uma adequada abrangência e profundidade no tratamento dos temas.

Esperamos que continue a reconhecer nesta publicação uma contribuição para uma maior pluralidade de ideias e pensamento sobre a Saúde no nosso país.



Conteúdos

	<i>Página</i>
1 Equidade, responsabilidade e sustentabilidade do sistema de saúde Uma dança a três	6
2 Que modelo de sistema de saúde para Portugal? Da ortodoxia ao pragmatismo	16
3 PPP na saúde Momento de relançar parcerias com sentido e sem preconceitos	28
4 Medicamentos e dispositivos médicos Pensar também na equidade, coesão social e inovação	36
5 Meios complementares de diagnóstico e terapêutica Transformar o mercado e otimizar a colaboração	44
6 Gestão do capital humano na saúde À procura de uma missão	50
7 Investigação, desenvolvimento e inovação Aposta estratégica no desenvolvimento da saúde	56
8 Financiamento da saúde Público e privado em mudança	64
9 Prestação privada e social de cuidados de saúde Ascensão de novos modelos de negócio?	74
10 Qualidade em saúde Será ela importante no contexto dos desafios atuais?	80

1.

Equidade, responsabilidade e sustentabilidade do sistema de saúde Uma dança a três

***“Os portugueses podem contar
com uma saúde acessível a todos
e de qualidade, mas com limites
na despesa.”***

Paulo Macedo, Ministro da Saúde,
Diário Económico, 14 de janeiro de 2013

Em junho de 2006 o Conselho Europeu adotou uma declaração comum de valores e princípios que devem ser partilhados pelos sistemas de saúde dos países membros e que englobam a universalidade, acesso a bons cuidados de saúde, equidade e solidariedade. Também se consagrou o poder e a centralidade dos sistemas de saúde no cidadão.

Estes valores e princípios consagrados ao nível da União Europeia há muito que



se encontram cristalizados no sistema de saúde em Portugal e na nossa legislação. A Constituição da República Portuguesa define que todos têm **direito** à proteção da saúde e o **dever** de a defender e promover. Evidenciamos duas palavras-chave: o direito e o dever. Se o primeiro conceito está bem enraizado nas nossas consciências, o segundo nem tanto. Como referia o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Leal da Costa, “é indiscutível, pelo menos, do ponto de vista ético, moral, e até jurídico, que os cidadãos têm o dever pessoal e coletivo para com a sua saúde. Dever maior quando o SNS é sustentado com os impostos que todos pagamos

e num contexto agudo de escassez de recursos”¹. De facto, quantos de nós fomos responsabilizados por, embora podendo, não termos adotado um estilo de vida saudável ou por não termos cumprido com a prescrição terapêutica? Ou ainda por não termos comparecido a um ato clínico programado? Muitas vezes não somos suficientemente sensatos e responsáveis para procurar a utilização mais eficiente dos recursos que pertencem a todos e que são cada vez mais escassos.

A Constituição também define que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde

universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, **tendencialmente gratuito**. Será que estes princípios prevalecem e são adequados à época em que vivemos? Atualmente assistimos a um debate mediático sobre a necessidade de alteração da Constituição para suportar uma eventual redução de benefícios e introduzir critérios de elegibilidade. Não será que a realidade atual já difere do previsto na Constituição?

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde preconiza que a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela

¹ Fernando Leal da Costa, Secretário de Estado Adjunto da Saúde, Jornal Expresso, 12/01/2013 com a correção de 15/01/2013

Equidade, responsabilidade e sustentabilidade do sistema de saúde

Uma dança a três

responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em **liberdade de procura** e de **prestação de cuidados**. No domínio da responsabilidade do cidadão, onde nos encontramos? Será que de forma efetiva se procurou assegurar a liberdade de procura e de prestação de cuidados?

Muito se tem falado de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A própria Constituição estabelece o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Por outras palavras, o Estado não pode oferecer mais do que aquilo que pode e tal é determinado pela vontade e capacidade de os portugueses em financiar o seu SNS via impostos. A **sustentabilidade** não é um objetivo dos sistemas e políticas de saúde mas sim **uma restrição** traduzida em 3 questões essenciais:

- qual a disponibilidade e a capacidade da sociedade em financiar a despesa do sistema de saúde?
- qual o nível de cobertura que se deve proporcionar?
- como otimizar o valor acrescentado obtido dos recursos em saúde?

Muitas vezes utiliza-se o conceito sustentabilidade de forma indistinta para se referir às suas duas dimensões: económica e financeira. Se a sustentabilidade económica se refere à capacidade de a economia em responder positivamente ao atual nível da despesa em saúde e do seu previsível crescimento, a sustentabilidade financeira refere-se à capacidade de o sistema cumprir de forma contínua com as suas obrigações financeiras a longo prazo. Face à situação de emergência financeira do país, esta última tem sido o principal foco político de atuação no passado recente, no presente e assim o será no futuro próximo. A abordagem à sustentabilidade económica só será possível com a transformação do sistema nacional de saúde, algo que atualmente continua adiado. Neste domínio, o dilema que hoje enfrentamos em Portugal e na Europa está relacionado com as questões que António Serrano coloca: “Dar tudo a todos sem limitações? Como conciliar com aquilo que a sociedade está disponível para pagar? Uma Carteira de Serviços Garantidos?”²

² Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, António Serrano, 2012

A sustentabilidade não é um objetivo dos sistemas e políticas de saúde.



38%

Em Portugal cerca de 38% do financiamento das despesas de saúde é privado e cerca de 30% é diretamente suportado pelas famílias.



Tal como já anteriormente afirmámos³, a eficácia dos sistemas de saúde está relacionada com a equidade na prestação de cuidados, em linha com as expectativas e objetivos do sistema e com a preocupação de assegurar a sua sustentabilidade.

A equidade em saúde⁴ encerra uma dimensão ética e moral na relação biunívoca entre a sociedade e os seus membros. À sociedade exige-se que proporcione a todos os seus membros a oportunidade de usufruir do potencial da sua saúde, eliminando todas as diferenças evitáveis e não razoáveis.

Equidade na prestação de cuidados de saúde significa acesso igual aos cuidados disponíveis para necessidade igual, utilização igual para necessidade igual e qualidade de prestação igual para todos. Devemos reconhecer e orgulhar pela contribuição do SNS na redução das desigualdades. Contudo, também é verdade que o seu modelo de funcionamento e financiamento são promotores de algumas iniquidades.

O “acionamento” do acesso a determinada oferta de cuidados de saúde, dependendo do contexto, tanto pode constituir uma forma de iniquidade como um meio de a mitigar. Conforme se conclui de um estudo publicado pela Organização Mundial da Saúde⁵, também se considera que existe restrição desnecessária do acesso, introduzindo desta forma iniquidades no sistema, no caso de os recursos disponíveis serem dispendidos em tecnologias médicas de topo, por norma mais caras, e que beneficiem um grupo limitado de cidadãos, em detrimento de uma prestação de cuidados equilibrada que beneficie a maioria.

³ Principais desafios da saúde 2012, PwC, 2012

⁴ ‘The concepts and principles of equity and health’, Margaret Whitehead, WHO Regional Office for Europe, 1985

⁵ ‘The concepts and principles of equity and health’, Margaret Whitehead, WHO Regional Office for Europe, 1985

Numa perspetiva vertical, a equidade é materializada pelo princípio de “quem mais ganha, mais paga para o mesmo serviço ou benefício”. Em Portugal, procura-se concretizar a equidade vertical através do pagamento de impostos progressivos sobre o rendimento das famílias, das taxas moderadoras e na comparticipação nos custos dos medicamentos de ambulatório.

Contudo, fruto das ineficiências da natureza do modelo de financiamento da saúde em Portugal, os instrumentos de promoção da equidade vertical nem sempre têm sido eficazes. Para essa ineficácia também contribui a atual dimensão da carga fiscal sobre as famílias.

A condição económica de um cidadão é uma das principais razões de iniquidade na saúde e é revelada pela dificuldade do cidadão pagar os cuidados de saúde propriamente ditos ou, indiretamente, por exemplo, pela dificuldade económica que ele tem em suportar o custo de transporte que, no nosso país e fundamentalmente nas áreas urbanas, teve um enorme aumento. Muitas vezes estamos a falar do custo do transporte do doente e do acompanhante. Conforme argumenta João Silveira Ribeiro, “hoje as pessoas faltam às consultas porque não têm dinheiro para pagar os transportes”⁶. O nível atual de financiamento da saúde diretamente suportado pelas famílias através dos seguros privados, copagamentos, taxas moderadoras e medicamentos é assustador e constitui um sinal de alerta sobre o “iceberg” da iniquidade no acesso aos cuidados de saúde. Ao contrário dos defensores de uma visão ortodoxa do SNS, este está longe de ser eficaz, pois pelos seus próprios princípios deveria ser geral, universal e tendencialmente gratuito.

⁶ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, João Silveira Ribeiro, 2012

Equidade, responsabilidade e sustentabilidade do sistema de saúde

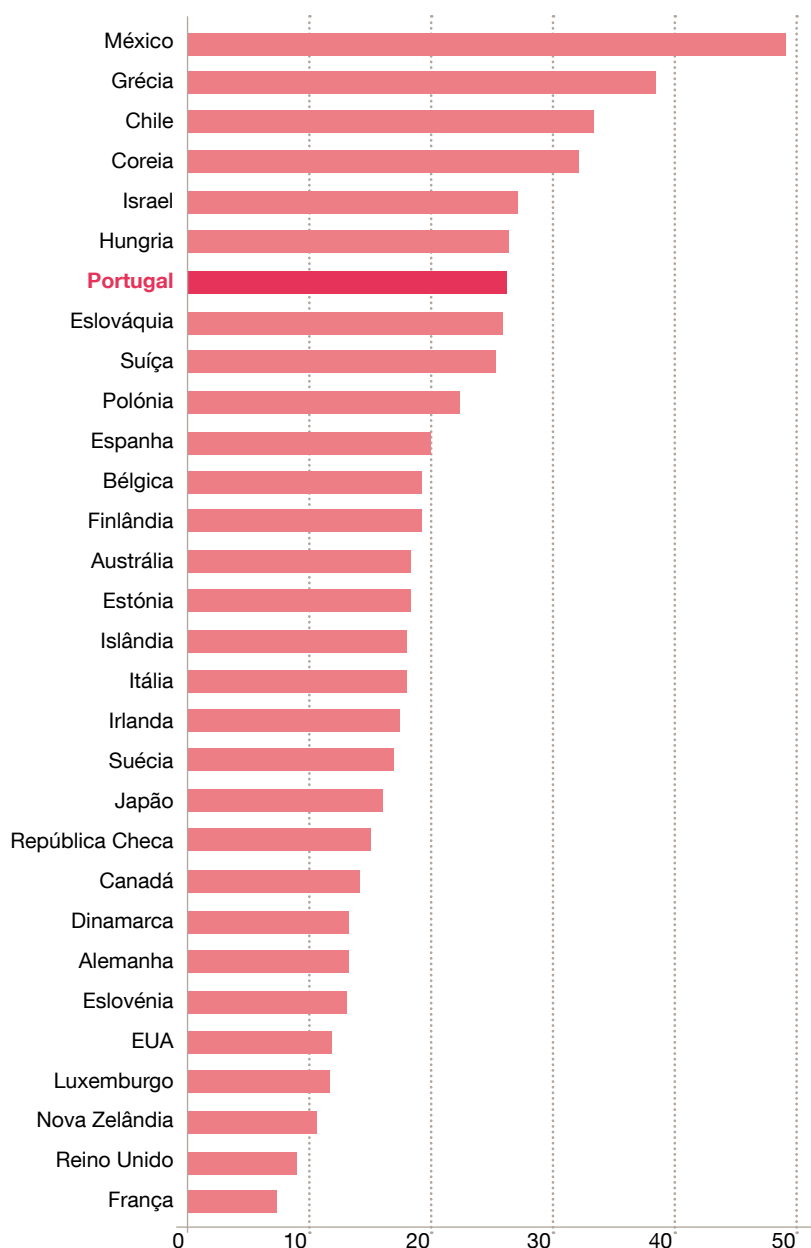
Uma dança a três

Quando em Portugal cerca de 38% do financiamento das despesas de saúde é privado e cerca de 30% é diretamente suportado pelas famílias, só podemos concluir que o sistema universal, geral e tendencialmente gratuito não é eficaz e que o modelo de financiamento da saúde é pouco eficiente.

Note-se que a Organização Mundial de Saúde recomenda que este tipo de

financiamento não ultrapasse os 20%, sendo que considera que a partir desse valor existe um alto risco de iniquidade e desigualdade. É preciso também ter em atenção que o financiamento privado da saúde em Portugal é muito superior à média dos países da OCDE, colocando em causa o discurso de que no país temos um sistema de saúde tendencialmente gratuito.

Pagamentos diretos pelas famílias em 2010 (% total da despesa com saúde)

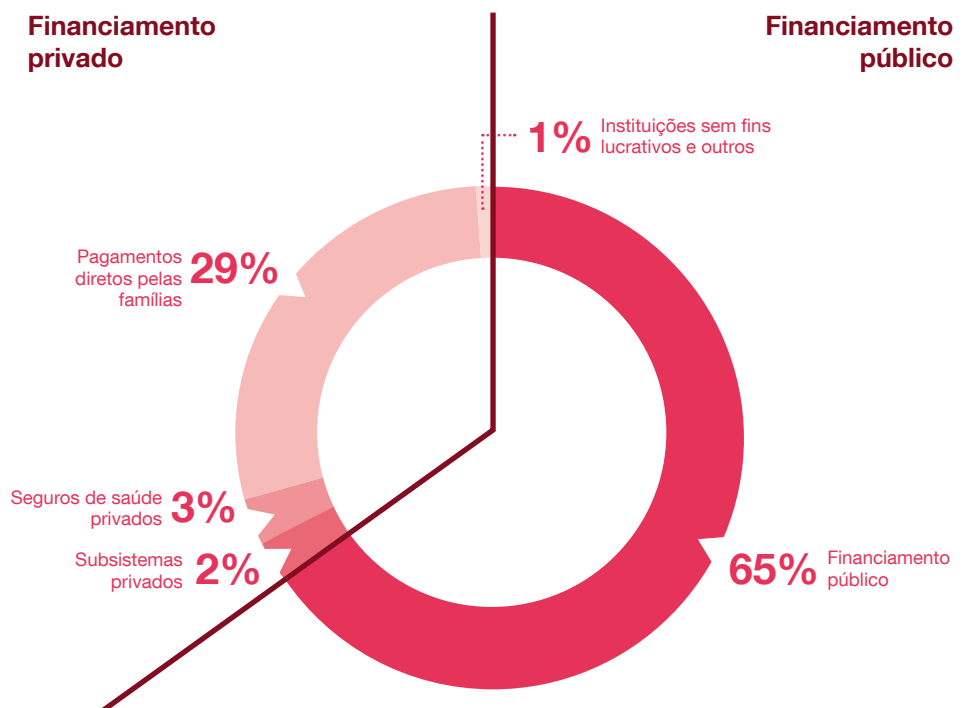


Fonte: OCDE

Em linha com os princípios constitucionais, seria vantajoso refletir sobre a introdução de valores máximos (“caps”) a suportar por cada cidadão com despesas em saúde, fundamentalmente os relacionados com os pagamentos no ato da prestação de cuidados e na compra de medicamentos de ambulatório. O modelo de financiamento da saúde em Portugal, além de promover a dupla ou tripla cobertura de um mesmo risco de saúde, é indutora ou reveladora de barreiras ao acesso a cuidados por razões económicas. A própria existência de subsistemas públicos de saúde é reveladora dessa ineficiência no financiamento e da existência de iniquidades no sistema.

O modelo de financiamento da saúde em Portugal, além de promover a dupla ou tripla cobertura de um mesmo risco de saúde, é indutora ou reveladora de barreiras ao acesso a cuidados por razões económicas.

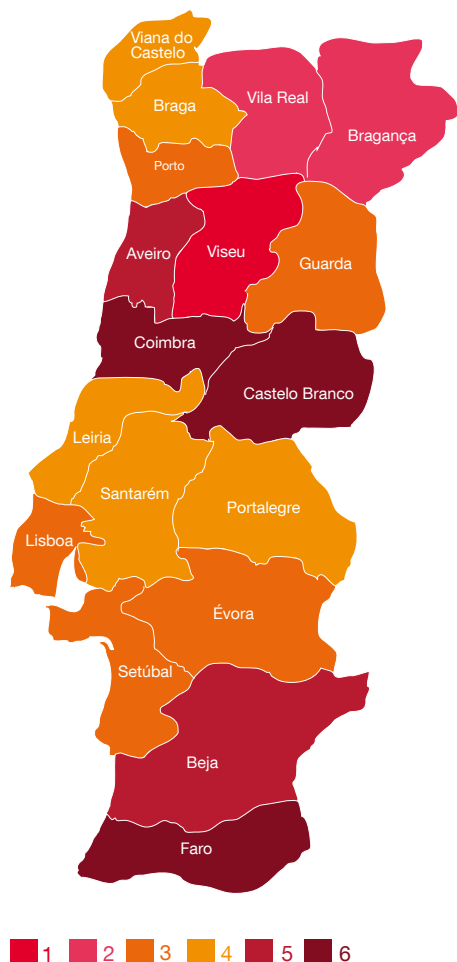
Financiamento da saúde por agente financiador (2011)



Fonte: Conta satélite da saúde, INE

Equidade, responsabilidade e sustentabilidade do sistema de saúde

Uma dança a três



Fonte: ERS

Uma das mais importantes fontes de iniquidade ao nível do acesso na Europa e também em Portugal, ocorre quando a oferta e disponibilidade de unidades e recursos de saúde estão geograficamente distribuídas de forma desigual. Contudo, não devemos viver a ilusão de que a distância geográfica é “o critério” de acesso e de equidade. Também há que evitar desigualdades na qualidade que muitas das vezes a proximidade geográfica causa e não nos podemos esquecer o que ontem era distante talvez já não o seja hoje pois pode ter existido uma melhoria substancial da rede viária. O índice global de acesso aos cuidados primários⁷ da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que considera a componente espacial do acesso (proximidade e capacidade) e a componente não-espacial (adequabilidade e aceitabilidade), demonstra assimetrias regionais significativas. A cor castanho escuro (6) representa o melhor índice de acesso em oposição à cor vermelha (1) que representa o pior índice de acesso.

Em termos da rede pública hospitalar, como refere Jorge Simões⁸, também se constata uma distribuição geográfica de oferta de serviços hospitalares desequilibrada face às necessidades das populações, excessos numas regiões e escassez noutras, com Lisboa, Porto e Coimbra a apresentarem redundância de oferta. Ao nível da relativamente jovem Rede Nacional de Cuidados Integrados existem também iniquidades no acesso entre as diversas regiões do país.

Na publicação do ano anterior prevíamos que o debate sobre a saúde e ação do Estado estivesse centrado nas tensões orçamentais, dívida e disponibilidade de recursos com pouco espaço para uma agenda transformadora. No geral foi o que aconteceu. Como vulgarmente se diz “em tempo de guerra não se limpam armas”. Vivemos um período de emergência nacional, pelo que muitas

das ações transformadoras do Estado ao nível do setor acabaram por não merecer prioridade, não só porque a ação governativa esteve concentrada na resolução dos desafios de curto prazo, mas também, entendemos nós, porque, na visão dos políticos, a transformação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), num momento de grandes tensões políticas e sociais, poderia anular a bondade de uma eventual ação do Estado nessa direção.

No domínio da equidade e acesso aos cuidados primários (CSP) era expectável⁹ uma melhoria no número de utentes do SNS com médico de família. O acordo geral assinado em outubro do ano passado entre o Ministério da Saúde e os sindicatos dos médicos permitiu que os médicos de família passassem a ter listas até 1900 utentes ou 2358 unidades ponderadas, potenciando um acesso adicional de um milhão de Portugueses a um médico de família. Considerando a informação disponível¹⁰ e com o pressuposto de que a saúde da população não melhorou substancialmente, é possível concluir que o acesso aos cuidados primários do SNS não melhorou no ano passado, como comprova a queda geral da atividade no setor. A introdução ou subida substancial, em alguns casos para o dobro, das taxas moderadoras poderá ter contribuído para uma redução da procura, muito embora não existam estudos que comprovem esta relação de causa-efeito nem a eficácia das isenções para atenuar o impacto desta subida junto dos mais necessitados.

No ano passado também se registou um aumento na demora média nas diferentes respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI). Assim, conclui-se que em 2012, o ritmo de expansão da oferta não só não acompanhou o crescimento da procura como agravou o desvio existente entre elas. O reforço da oferta ao nível dos

⁷ Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, Entidade Reguladora da Saúde (ERS), fevereiro de 2009

⁸ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Jorge Simões, 2012

⁹ Economia e políticas de saúde em Portugal 2012, Painel de especialistas de saúde PwC-EGP, Álvaro Almeida, 2012

¹⁰ Monitorização mensal da atividade assistencial, ACSS, outubro 2012

> 4,9%

Até junho e considerando o período homólogo anterior, o número de utentes inscritos para cirurgia aumentou 4,9% e a mediana de tempo de espera 5,4%.

cuidados paliativos não foi suficiente, uma vez que a demora média teve um acréscimo de 25%, considerando a oferta de 2011.

A reorganização da rede hospitalar e a procura do equilíbrio entre a redução de custos e a oferta de serviços, nomeadamente ao nível da carteira e disponibilidade, eram os grandes desafios do setor hospitalar para 2012 nos domínios do acesso e da equidade. A reforma da rede hospitalar não foi efetiva tendo-se apenas concretizado algumas das medidas propostas no relatório do grupo técnico para a reforma hospitalar. Em termos de atividade assistencial hospitalar¹¹, ocorreu um ligeiro aumento do número de consultas externas por oposição à queda do número de consultas presenciais nos cuidados primários.

As urgências hospitalares também sofreram uma queda na ordem dos 9%, que não foi compensada pelo aumento da atividade assistencial dos cuidados primários, quer ao nível das consultas médicas quer ao nível da atividade dos Serviços de Atendimento Permanente onde ocorreu uma queda de cerca de 28%. Até junho¹² e considerando o período homólogo anterior, o número de utentes inscritos para cirurgia aumentou 4,9% e a mediana de tempo de espera 5,4%. Contudo, o mais preocupante foi



o aumento em 7% da percentagem de inscritos que ultrapassaram o tempo máximo de resposta garantido (TMRG), fundamentalmente ao nível de alguns grupos nosológicos de neoplasias malignas. Também neste domínio a redução do acesso regista desigualdades considerando a localização geográfica e a patologia do doente.

Os fundamentos teóricos que relacionem a crise económica e financeira com a deterioração da saúde não são consensuais mas, em qualquer dos casos, o impacto global depende do equilíbrio entre os efeitos negativos e positivos.

O impacto da crise depende do ponto de partida e das políticas públicas que forem adotadas. Os cortes no financiamento público à saúde podem originar uma redução da oferta como

também podem introduzir uma nova dinâmica de eficiência nos sistemas de saúde. São igualmente passíveis de contribuir para a sustentabilidade económica dos próprios sistemas no caso de constituírem um ajustamento necessário da despesa pública em saúde à capacidade que próprio país tem de financiar esta despesa social. O que as políticas públicas devem salvaguardar é a proteção dos cidadãos mais desfavorecidos e em risco, evitando a ampliação das desigualdades no acesso aos cuidados por razões económicas, sociais e geográficas. As respostas dos países europeus à crise, não sendo homogêneas – a realidade em cada país também não é a mesma –, têm algumas características comuns. A carteira de serviços e benefícios não foi significativamente alterada e tem existido uma preocupação de, em face

¹¹ Monitorização mensal da atividade assistencial, ACSS, outubro 2012

¹² Relatório síntese da atividade em cirurgia programada – 1.º semestre 2012, ACSS, 23/10/2012

Os cortes no financiamento público à saúde podem originar uma redução da oferta como também podem introduzir uma nova dinâmica de eficiência nos sistemas de saúde.

da redução do financiamento público, o Estado tentar discriminar positivamente os cidadãos em condição de maior risco. Tal como constata o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde¹³ alguns Governos responderam com medidas impopulares de redução do financiamento público à saúde e/ou aumento da contribuição das famílias, outros moderaram o crescimento do financiamento público, alguns racionalizaram a carteira de serviços e benefícios e muitos também optaram por efetuar alterações significativas no mercado do medicamento.

Constando que a agenda em Portugal pouco ou nada difere do que se passa na Europa, podemos sistematizar as políticas dos Governos europeus de resposta à crise em três vetores principais de políticas¹⁴.

1. Redução do financiamento público à prestação de cuidados de saúde e consequente introdução ou aumento de copagamentos ou de taxas moderadoras, elevando a participação das famílias.
2. Alteração do volume e qualidade da prestação com financiamento público através da redução da carteira de serviços e benefícios, elegibilidade e racionamento implícito como por exemplo, o aumento das listas de espera.
3. Redução dos custos da prestação pública de cuidados de saúde através da redução dos custos com medicamentos, dispositivos, consumos clínicos e outros *inputs*,

salários, empresas prestadoras de serviços clínicos, custos de estrutura e reconfiguração ou melhoria da coordenação da prestação de cuidados.

Considerando o contexto político e social atual, não é previsível que, em 2013, existam alterações significativas ao nível da carteira de serviços, elegibilidade e modelo de financiamento do SNS prevendo-se que a ação do Governo e da Administração da Saúde continue centrada na resolução dos problemas de curto prazo.

Do ponto de vista da equidade, é expectável que os grandes desafios se centrem no esforço de evitar o recuo no grau de acessibilidade através da redução implícita da oferta de cuidados no serviço público e de benefícios, onde se incluem o crescimento das listas e tempos de espera, a redução da participação em medicamentos e no financiamento do transporte.

É muito provável virmos a assistir a um aumento das listas e tempos de espera, conjugado com o aumento das taxas moderadoras já anunciado.

Em 2013, o rendimento disponível das famílias vai baixar e é também previsível que a sua taxa de esforço no financiamento da saúde seja maior face aos aumentos dos copagamentos, taxas moderadoras e redução de participações.

A situação económica obrigará muitos empregadores a reduzir as coberturas de seguros que oferecem aos seus empregados, obrigando a que estes tenham copagamentos superiores.

Em paralelo, o nível de desemprego vai subir e, assim, um número acrescido de cidadãos perderá o seguro que a empresa oferecia.

Não são expectáveis desenvolvimentos significativos na vertente da melhoria da sustentabilidade económica, pois tal exigiria algumas ações transformadoras do SNS. Ao nível da sustentabilidade financeira, várias questões podem ser colocadas. Em primeiro lugar, o Orçamento do Estado para 2013 (OE13) prevê um reforço de 1.932 milhões de euros para liquidar a dívida de 2012 e, apesar de prever um ligeiro aumento do financiamento público da despesa de saúde, não existe garantia de que o subfinanciamento dos prestadores públicos do SNS seja eliminado. A redução administrativa dos preços dos fornecedores poderá atenuar, mas não será suficiente para colmatar o subfinanciamento previsto.

Só em medicamentos, conforme indica a APIFARMA¹⁵, a dívida à indústria farmacêutica a 31/12/2012 era superior a 1.100 milhões de euros.

Uma questão importante será o impacto efetivo na despesa do acordo do Ministério da Saúde com os sindicatos dos médicos e se o respetivo acréscimo da despesa será devidamente compensado pela redução do custo com as horas extraordinárias e com a contratação em regime de prestação de serviços, assegurando a melhoria dos níveis de produção e de produtividade.

Se, por um lado, o aumento da despesa como resultado do acordo é certo, por outro, a concretização do potencial de poupança está longe de estar assegurada.

O Governo declarou que as taxas moderadoras serão congeladas ao nível dos cuidados primários o que é bastante positivo em termos de acesso.

¹³ Eurohealth 2012, 18 (1), European Observatory on Health Systems and Policies, 2012

¹⁴ Health policy responses to the financial crisis in Europe, Philipa Mladovsky and others, in Eurohealth Observer, Vol. 18, n.º1, 2012

¹⁵ Estudo e indicadores, dívidas hospitalares, sítio institucional APIFARMA, 2013

Contudo, pouco se sabe sobre a política que será seguida para as taxas moderadoras nas urgências e outros serviços hospitalares. A carteira de medicamentos comparticipados e o nível da comparticipação também serão revistos.

Para os portugueses o ano de 2013 também será um período importante para assimilarem que o nível de financiamento público à saúde e, talvez, os benefícios que poderão usufruir do SNS vão deixar de ser unicamente uma opção nacional. Com a entrada em vigor do “Tratado sobre Estabilidade, Coordenação e Governança na União Económica e Monetária”, a União Europeia terá uma palavra a dizer. As despesas públicas com a saúde são e serão uma fatia importante dos orçamentos nacionais pelo que serão objeto de um escrutínio apertado por parte das autoridades europeias. Até 25 de outubro de 2013, Portugal terá de transpor para a sua legislação nacional a Diretiva Europeia dos Cuidados Transfronteiriços.

O contexto de partida e as implicações da implementação da Diretiva para cada país são pouco conhecidos, em Portugal e nos restantes países membros da União Europeia. Em outubro deste ano será interessante observar que um cidadão Português não terá liberdade de escolha no seu próprio país mas, se for ao estrangeiro receber cuidados, dentro dos condicionalismos previstos na Diretiva, essa liberdade de escolha está assegurada e será financiada pelo próprio SNS. Face ao

Em 2013, não se prevêem alterações significativas ao nível da carteira de serviços, elegibilidade aos benefícios e modelo de financiamento do SNS.

normativo da Diretiva e para efeitos de sustentabilidade e minimização das desigualdades é importante que o SNS reequacione a sua carteira de serviços e defina uma tabela de preços única que assegure o mesmo nível de benefício para o utente, independentemente da

prestação ocorrer em Portugal ou noutro país da União Europeia. Há também que refletir de forma prévia sobre o comportamento dos utentes em lista de espera. Será que irão procurar resposta em outros Estados-membros? Quais as consequências financeiras para o SNS?

Implicações

- **Ponderação dos políticos e líderes da saúde** – o conceito de serviço público de saúde está associado a um consenso social que foi sendo construído durante décadas. Este consenso assume que um conjunto de serviços deve estar disponível para todos, independentemente do rendimento e condição social. O SNS precisa de reformas sérias para alcançar os seus desígnios. Sem uma reforma estrutural não é possível alterar o paradigma do SNS e do sistema de saúde. É necessário que o bom senso e a ponderação prevaleçam sob pena de se perder uma oportunidade de transformação.
- **Reformar o SNS** – reformar não para destruir mas para reforçar o papel do SNS enquanto sistema de saúde verdadeiramente geral, universal e solidário. É importante olhar com serenidade para a melhoria da eficiência do financiamento e repensar os benefícios que o SNS pode oferecer e quem é elegível a tais benefícios, de forma a salvaguardar a universalidade, a equidade, a solidariedade e também a sustentabilidade. No nosso modelo de coesão social, a saúde tem de continuar a ser um direito universal.
- **Medidas anti-crise** – é importante que as políticas e os instrumentos de luta contra a crise protejam os cidadãos e as famílias mais desfavorecidos de forma a evitar maiores desigualdades. Quanto maior for o pagamento associado ao momento da utilização dos recursos de saúde por parte de camadas da população mais desfavorecidas, menor será a sua procura e maiores serão as iniquidades no acesso aos cuidados.
- **Cuidados transfronteiriços** – é necessário fazer bem o trabalho de casa antes da entrada em vigor da diretiva europeia. É necessário que se conheçam e divulguem os impactos financeiros para o SNS e para os utentes e que se promova a transparência disponibilizando informação sobre a oferta e qualidade dos prestadores na Europa para assegurar a decisão informada dos utentes, contribuindo para eliminar a panaceia dos cuidados no estrangeiro.
- **Liberdade de escolha e responsabilização** – em situação de emergência nacional, o esforço de tornar o sistema de saúde centrado no utente reduziu-se. A liberdade de escolha do prestador, associada a uma maior responsabilização do utente, pode constituir um impulso importante, mesmo num contexto de crise. Ela contribui para a identificação e eliminação das ineficiências e dos ineficientes do sistema.
- **Regulação** – se Portugal já precisava de um regulador mais forte, com competências e intervenção mais abrangentes na defesa do cidadão, na promoção da concorrência e da transparência entre todos os prestadores da saúde, em tempos de crise o seu papel torna-se ainda mais relevante. Terá de agir para assegurar que, mesmo no contexto de uma severa austeridade, os direitos e interesses dos utentes são protegidos, que a iniquidade ao acesso não é agravada e que os recursos que a sociedade afecta à saúde são eficientemente geridos e utilizados dentro do sistema, seja por atores privados, sociais ou públicos.

2.

Que modelo de sistema de saúde para Portugal?

Da ortodoxia ao pragmatismo

“...Temos de reinventar o conceito de serviço público, nomeadamente na diversidade das áreas sociais. Um novo conceito que atenda mais à necessidade de dar uma resposta rápida e adequada aos crescentes problemas sociais do que ao respeito de uma visão ideológica que os tempos tornaram obsoleta.”

Prof. Aníbal Cavaco Silva, Presidente da República

(Discurso do Presidente da República na Sessão de Encerramento do X Congresso Nacional das Misericórdias, Arganil, 18 de junho de 2011, Página Oficial da Presidência da República Portuguesa)



O conceito de serviço público de saúde está associado a um consenso social de que um conjunto de serviços deve estar disponível para todos, independentemente do rendimento e condição social. Os portugueses e a generalidade dos europeus partilham de uma matriz de valores que vai na direção da coesão social. Existe a consciência de que a saúde é um direito universal. A forma de operacionalizar este direito está longe de ser consensual e, nos diversos países e pelas mais diversas razões, tem registado algumas transformações. Debate-se e transforma-se o foco estratégico do serviço público de saúde, a natureza e dimensão dos serviços, as definições de elegibilidade e o seu modelo operativo, incluindo o

financiamento e as responsabilidades de cada ator.

A forma como a prestação do serviço público se efetua não tem sido estática, tendo tido uma evolução ao longo dos tempos, adaptando-se às circunstâncias do contexto político, social e económico em que se insere. As soluções de ontem não têm necessariamente que responder aos desafios de hoje e de amanhã. Os desafios, as preocupações, o pensamento e a visão da sociedade também se alteram.

Por mais discussões que existam, podemos estar certos de que os sistemas de saúde de amanhã não serão os mesmos que os atuais.

A necessidade de inovação e de reforma dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos resulta de quatro tendências fundamentais e interligadas:

- a evolução da ciência e a inovação tecnológica;
- as alterações demográficas e a evolução das doenças crónicas;
- o desequilíbrio entre crescimento económico e o crescimento da despesa em saúde; e
- as dificuldades de acesso e ineficiência dos sistemas prestadores.

Que modelo de sistema de saúde para Portugal?

Da ortodoxia ao pragmatismo

75%

Estima-se que 75% da despesa em saúde esteja concentrado no tratamento das doenças crónicas.

A velocidade e profundidade da evolução da ciência e inovação tecnológica nas últimas décadas permitiram a melhoria das condições de vida da população e o diagnóstico e a terapêutica de doenças que antes eram fatais, tornando-as crónicas. A evolução das tecnologias de informação e comunicação (TIC) permite hoje uma alargada conectividade entre os vários atores da saúde e a abundância de dados e informação de saúde. As TIC permitem hoje novos modelos de prestação de cuidados e configuram-se no futuro como um potencial novo nível assistencial e diferenciado.

O avanço tecnológico na saúde, associado a outras melhorias na sociedade, contribuiu de forma decisiva para uma maior longevidade das pessoas. Em contrapartida, o mundo desenvolvido em geral e Portugal em particular assistiram a uma queda significativa nos nascimentos, levando a que à diminuição da população ativa a médio prazo também corresponda um envelhecimento do país em termos demográficos. A evolução das doenças crónicas não está unicamente relacionada com o envelhecimento ou com a transformação das doenças fatais em crónicas fruto da evolução da

ciência. A maior preocupação está na prevalência destas doenças na população jovem e ativa que tem um impacto de longo prazo em termos de despesa, tanto para os sistemas de saúde, bem como para a economia do país. Entre elas encontram-se as doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes, cancro e as de foro neurológico. Estima-se que 75% da despesa em saúde esteja concentrado no tratamento das doenças crónicas.

A terceira tendência é a do abrandamento do crescimento económico no mundo desenvolvido e a sua consequência na sustentabilidade económica dos sistemas de saúde. A última década na Europa em geral, e, de forma gritante, em Portugal foi marcada por um crescimento económico anémico que não está ajustado ao nível de crescimento da despesa com a saúde. As perspetivas a médio e longo prazo não são animadoras considerando a tendência do posicionamento competitivo das nossas economias na economia global. Se às taxas de crescimento económico anémicas associarmos os níveis de desemprego, o cenário fica ainda mais negro. Em Portugal e na generalidade dos países europeus, parte substancial



A reforma dos sistemas de saúde não é uma opção, é um imperativo!

do financiamento das despesas com saúde é suportado pelo Estado através de uma variedade de mecanismos. O nível de financiamento público à saúde é bastante influenciado pelo nível de receitas dos impostos e pelo peso relativo da despesa pública no Produto Interno Bruto (PIB). Em 2002, os 24 países da OCDE despenderam \$2.7 trilhões em saúde. Em 2020, é expectável que a despesa em saúde atinja mais que o triplo dos atuais \$10 trilhões. Nesse ano, se nada for feito, a despesa pública projetada atingirá 21% do PIB dos EUA e uma mediana de 16% do PIB nos outros países da OCDE. A evolução dos sistemas de saúde eminentemente públicos também tem induzido a acumulação de despesa excessiva, muitas vezes ligada aos custos de estrutura do sistema, promotoras de ineficiência e de custos de oportunidade crescentes no domínio da despesa pública. Em Portugal e em outros países europeus, vivem-se tempos de emergência económica resultantes de défices públicos excessivos e sucessivos, “secando as fontes” e tornando obsoletos os modelos de financiamento da saúde.

Hoje, as sociedades são chamadas a refletir principalmente sobre as funções do Estado no sistema de saúde, os mecanismos para a sua sustentabilidade económica e os modelos de funcionamento que possibilitem uma maior efetividade. A reforma não é uma opção, é um imperativo. A reforma dos sistemas de saúde não é uma questão ideológica. O caminho a seguir é que pode conter, como em qualquer outra política, opções ideológicas. Quanto mais cedo reformarmos o SNS, mais eficaz poderá ser a reforma e menos dolorosos serão os impactos menos favoráveis da mudança. No passado recente e com consequências na nossa vida atual e futura, temos presentes os efeitos de decisões tardias na nossa vida política. Não avançar com reformas estruturais permitindo que os problemas se agudizem pode ter como consequência que essas reformas depois tenham de ser efetuadas com uma sobrevalorização excessiva de critérios de curto prazo, como os que estão agora a ser aplicados perante a crise económica que estamos a viver.

Com pontos de partida diferentes e sem o “aperto” da crise económica e financeira atual, a Holanda, a Alemanha e a Suíça avançaram com reformas dos seus sistemas de saúde. Com diferenças, todos eles evoluíram na direção de sistemas de financiamento misto, moderação da carteira de serviços e com reforço do poder do cidadão, alicerçado na livre escolha. Na Inglaterra, o famoso modelo do NHS (*National Health Service*), que serviu de inspiração para o desenvolvimento do nosso SNS, encontra-se num processo de profunda reforma. Um dos pilares da reforma foi o reforço da livre escolha por parte do utente e a introdução da concorrência entre prestadores públicos, sociais e privados, salvaguardando a universalidade e o financiamento público dominante. Recorde-se que, tal como em Portugal, o NHS considerava a prestação privada como complementar e efetuava-se através de convenções. Encontram-se em fase de extinção as autoridades regionais de saúde e as unidades de cuidados primários com uma natureza próxima dos nossos Centros de Saúde. A prestação de cuidados primários passará a ser efetuada por clínicos gerais, seja em consultórios públicos, sociais ou privados. Os clínicos gerais, com funções de médico de família, passam a ter um poder acrescido no sistema pois gerem o orçamento dos seus utentes e lideram o processo de referenciação no sistema de saúde. Em termos de governação, procura-se uma maior separação das funções de definição de políticas e financiamento, regulação e prestação. Além da extinção das administrações regionais de saúde e do reforço do poder dos médicos de família, o Ministro da Saúde deixou de ser o responsável pelo NHS passando a ter responsabilidades de promoção do sistema de saúde. A responsabilidade do NHS passou a estar radicada em entidades mais operacionais. O regulador terá a função de promover a eficiência do NHS, definir preços e assegurar a concorrência em benefício dos utentes. A expectativa do Governo é que esta reforma possibilite uma redução dos custos administrativos com a gestão do NHS em cerca de um terço até 2014/15.

Que modelo de sistema de saúde para Portugal?

Da ortodoxia ao pragmatismo

Mais recentemente, em Espanha, e muito devido à crise económica e financeira, respeitando as autonomias dos sistemas de saúde regionais, o Governo introduziu reformas para assegurar a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde. Do ponto de vista sistémico, ficaram aquém das reformas em Inglaterra. Alguns setores da sociedade consideram as medidas de urgência um retrocesso na coesão social e na universalidade do sistema, pois o utente passa de “cidadão” a “segurado”, deixando de fora parte da população: os estudantes ou jovens espanhóis com mais de 26 anos e que não tiveram acesso ao primeiro emprego, parte dos imigrantes e os espanhóis que, embora tenham rendimentos, não contribuem para a Segurança Social. O acesso ao SNS fica limitada aos cidadãos que provem ser “segurados” ou que provem estar numa situação económica desfavorável. O Decreto-lei Real que introduz as reformas não limita o conceito de seguradora às seguradoras públicas, neste caso Segurança Social, podendo ser uma porta para o futuro alargamento às seguradoras privadas. A carteira de serviços também foi reestruturada estabelecendo-se três níveis de carteiras: básica, suplementar e acessória. A carteira básica mantém-se sem taxas moderadoras ou copagamentos. Foram introduzidas alterações ao modelo de comparticipação no preço dos medicamentos, dispositivos médicos em ambulatório, transporte não-urgente, que passa a ser estabelecido em função do rendimento, idade e grau de enfermidade. Contudo, passa a existir um valor máximo de comparticipação.

No mercado do medicamento e farmácias também foram introduzidas alterações com natureza próxima das que estão a ser implementadas em Portugal. Os medicamentos não sujeitos a receita médica deixaram de ser comparticipados. Também foram reformulados mecanismos que reforçam a mobilidade dos profissionais públicos de saúde.

Há muito que a necessidade de reforma do sistema de saúde vem sendo debatida e muitos caminhos já foram estudados. A situação de crise só veio aprofundar esta necessidade. Estamos a falar de reformas e não de redução pontual de custos ou de um *lifting* ao atual SNS, conforme aconteceu no passado recente. No debate sobre a reforma existem dois campos distintos: os ortodoxos e os pragmáticos. A origem dos defensores de cada um destes campos é transversal aos principais partidos políticos ou atores do sistema. O debate centra-se em alguns aspetos críticos: o modelo de financiamento, a elegibilidade, a carteira de serviços e o modelo operativo de prestação. A universalidade do sistema tende a não ser uma questão central do debate, encontrando-se presente na matriz filosófica de cada um dos campos. Começamos por analisar o potencial de reformas em Portugal considerando as questões sistémicas.

Reforma do modelo de financiamento do sistema e da carteira de benefícios

Se olharmos para a estrutura atual de financiamento da saúde em Portugal, constatamos que a despesa privada já se aproxima dos 38% do total das despesas nacionais em saúde. Este nível de financiamento privado é elucidativo quanto à reduzida eficácia do SNS. Não acreditamos que este nível de despesa privada ocorra porque os cidadãos queiram uma melhor hotelaria ou conforto. Quando as famílias, além dos impostos, suportam copagamentos que representam cerca de 30% da despesa nacional com saúde, então é porque o SNS está longe de ser universal, geral

Em Portugal, quando falamos de reforma do SNS a frase mais ouvida é: “Não é possível!”.

e tendencialmente gratuito. Por outro lado, este modelo de financiamento do sistema é ineficiente pois promove a dupla cobertura do risco de saúde do cidadão. Para o mesmo risco de saúde, ele paga impostos e ele ou a sua entidade empregadora paga a apólice de seguro privada. Situação mais grave para o Estado ocorre quando o cidadão é ainda beneficiário de um dos subsistemas públicos de saúde. Neste caso é o Estado a suportar essa dupla cobertura e a promover iniquidades. Importa pois repensar um modelo de financiamento sistémico que evite iniquidades e promova a eficiência do financiamento através de um efetivo *financial pooling* que teoricamente deveria ser de valor inferior à despesa atual de saúde. Com a estrutura de financiamento atual, dificilmente será possível equacionar uma solução onde se aumente o financiamento público. Contudo, fontes alternativas de financiamento podem ser identificadas para reforçar o sistema misto de financiamento. Conforme elucida Isabel Vaz¹, “o financiamento privado ronda os 38% e representa cerca de 3% do PIB atual. A absorção por parte do Estado da parcela das despesas de saúde pagas pelas famílias e seguradoras significava uma evolução do peso das despesas públicas de saúde de 5% para cerca de 8%, o que não é sustentável. Diferente do que ocorreu noutros países que reformaram mais cedo os seus sistemas, Portugal tem de cristalizar esta estrutura de financiamento da saúde”. A consolidação dos subsistemas públicos deve ser uma prioridade, mas deve ser efetuado de forma a acautelar os eventuais impactos negativos nos sistemas prestadores públicos e privado.

Com base no nível de financiamento que os portugueses estejam disponíveis a afetar à saúde, há que atualizar o contrato social entre eles, clarificando os benefícios de que cada cidadão pode usufruir do sistema de saúde e em que condições. Assim, é necessário que exista uma carteira nacional de benefícios que permita, por um lado, assegurar a sustentabilidade do sistema e por outro,



que os benefícios sejam usufruídos com base em critérios objetivos e não sejam consequência de iniquidades no sistema. A dona Margarida que vive na Chamusca e a dona Elisa de Foz de Arouce, ambas com a mesma enfermidade, devem ter acesso a uma prestação de cuidados com qualidade e custo semelhante. A dona Elisa não pode ser privilegiada só porque o seu médico prescreveu, porque tinha disponível no catálogo de aprovisionamento do seu hospital, medicamentos de última geração mais eficazes e também muito mais caros que a gama dos medicamentos disponíveis no hospital da dona Margarida. A definição de equidade no sistema não pode estar dependente da decisão de um clínico ou da Administração de um hospital. Ela tem de ser definida objetivamente através de uma carteira de serviços nacional. Muito rapidamente, o SNS tem que definir como garantir

que medicamentos sem alternativa, em especial os oncológicos pelo peso financeiro e psicológico, se mantenham sem restrições. Adicionalmente, ter-se-á que refletir, já em 2013, a redução dos programas de distribuição gratuita de medicamentos em certas patologias em ambiente hospitalar.

A definição de equidade no sistema não pode estar dependente da decisão de um clínico ou da Administração de um hospital. Ela tem de ser definida objetivamente através de uma carteira de serviços nacional.

¹ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Isabel Vaz, 2012

Que modelo de sistema de saúde para Portugal?

Da ortodoxia ao pragmatismo

“Pretendemos que as pessoas possam ter seguro iminentemente público mas que possam escolher... o Estado não tem que ser o único prestador de serviços de saúde.”

Pedro Passos Coelho, na visita ao Hospital Narciso Ferreira, Jornal Público, 29 de abril de 2011

Reforma do modelo de funcionamento

A melhoria dos resultados em alguns dos indicadores críticos de saúde, aproximando-nos ou mesmo ultrapassando a média da OCDE e UE 15, é uma virtude do SNS. Contudo, segundo Álvaro Almeida, “os bons resultados em saúde foram obtidos com uma despesa excessiva, que na última década superou os padrões internacionais (em % do PIB) e foi muito superior à dos países com níveis de vida e resultados de saúde semelhantes.” O sistema de saúde português foi bom a produzir resultados em saúde, mas ineficiente na utilização dos recursos que a sociedade colocou à sua disposição.

Uma das razões relaciona-se com o modelo de funcionamento do sistema, sedimentado no seu egocentrismo e na matriz filosófica obsoleta de que o serviço público é mais bem assegurado através dos prestadores públicos. O princípio-chave a observar para impulsionar a reforma é revirar o foco do sistema. É passar de um sistema que olha fundamentalmente para si mesmo e determina como o utente “aprisionado” deve circular dentro da sua rede de infraestruturas e serviços para um sistema centrado no cidadão, com liberdade de escolha e responsabilidades acrescidas. À liberdade de escolha do utente havia que corresponder, do lado da oferta, com concorrência entre todos os prestadores elegíveis, sejam eles

públicos, privados e sociais. Contudo, a existência de liberdade de escolha tem uma condicionante sistémica. Ela não é possível sem a alteração do modelo atual de financiamento do sistema de saúde, pelas razões atrás evocadas por Isabel Vaz.

O esforço de melhoria do funcionamento do sistema de saúde não se deve limitar à introdução da concorrência entre os prestadores públicos, sociais e privados. Há que procurar equilíbrios nos mercados de fatores produtivos. Nesse sentido, há que reconhecer que nos últimos anos muito foi feito para reequilibrar os mercados de medicamentos e dispositivos, em ambulatório ou em ambiente hospitalar. No mercado dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, há que reforçar a concorrência removendo as barreiras à entrada das convenções. A relativa menor inovação neste setor é um dos resultados do protecionismo que as entidades convencionadas receberam por parte do Estado. Hoje, a inovação e consolidação no setor resultam fundamentalmente da necessidade de ajustamento das empresas do setor à redução dos preços por parte do Estado. É também necessário um maior equilíbrio no mercado de trabalho que permita melhorar a produtividade, promova a flexibilidade e a mobilidade dos recursos e o redesenho das funções de cada tipo de profissional no processo de prestação.

Resolvidas as questões de financiamento sistémico e assegurada a concorrência, seria então possível olhar para modelos alternativos de financiamento da atividade mais orientados para os resultados em saúde. Para tal, seria necessário introduzir instrumentos de financiamento que promovessem a integração entre os diversos atores na cadeia de valor da prestação, com maior valorização e incentivo das atividades de prevenção e prestação de cuidados fora dos hospitais. Adicionalmente, o modelo de financiamento deveria considerar o risco partilhado por cada ator, evitando que as intervenções de maior risco fossem só suportadas pelos atores públicos. Desta forma, o financiamento

da atividade no interior do sistema seria mais transparente, consistente com uma estratégia de saúde declarada, deixando claro as ineficiências e os ineficientes. Como refere Germano de Sousa², as unidades de saúde “passariam a ser financiadas em função da procura e não de orçamentos prévios que se tornam inesgotáveis ou de diretrizes administrativas como a área de residência”. O modelo deve assegurar que o financiamento dos hospitais promova a eficiência no tratamento do doente e que uma das responsabilidades essenciais do médico de família é manter os utentes fora do ambiente hospitalar sempre que os cuidados hospitalares não sejam necessários, sendo por isso remunerado ou penalizado, conforme os casos.

² Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Germano de Sousa, 2012

Nesta visão, os médicos de família, sejam eles do setor público, privado ou social, do ponto de vista da prestação e do financiamento, seriam de facto os gestores dos utentes, assegurando a integração da assistência e a gestão do financiamento.

Reforma da arquitetura do sistema

Uma verdadeira reforma do sistema de saúde exige uma revisão da sua arquitetura. Em termos globais, o Ministério da Saúde passaria a centrar a sua função na definição das políticas e no planeamento do sistema de saúde. A intervenção do Estado ao nível de SNS seria essencialmente efetuada através da administração do sistema e dos prestadores públicos de cuidados, assumindo-se a reformulação das funções das Administrações Regionais. A Administração do Sistema seria responsável pela função de gestão do sistema. As autoridades locais podem e devem vir a ter funções essenciais de governação do sistema de saúde.

“O nosso pensamento vai no sentido de assegurar... um SNS sustentável, mas não só sustentável, porque o SNS não precisa de ser prestador, pode adquirir tudo, o que achamos é que deve continuar a manter grandes unidades diferenciadas no seu seio, porque são essas unidades que têm o ensino, a investigação e a diferenciação.”

Paulo Macedo, Ministro da Saúde, Sítio Rádio Renascença, 21 de janeiro de 2013



Que modelo de sistema de saúde para Portugal?

Da ortodoxia ao pragmatismo

Em Portugal, a presença do Estado na prestação é importante para assegurar equilíbrios vitais no mercado da saúde. Esta presença pode ser consubstanciada por unidades públicas geridas pelo próprio Estado como por unidades geridas pelo setor privado e social. As funções de regulamentação e regulação ao nível do licenciamento, qualidade e financiamento deviam ser transferidas para o regulador da saúde que supervisionaria todos os prestadores públicos, sociais e privados, segundo regras uniformes. Uma das suas responsabilidades seria a definição da tarifa única considerando as diversas atividades da cadeia de valor e seguindo os princípios da tarifa aditiva. Desta forma, era possível tornar transparente a remuneração dos diversos prestadores conforme a sua intervenção nos cuidados de saúde, na investigação e desenvolvimento, formação, etc. Ao regulador caberia igualmente determinar quais os custos socialmente elegíveis incluindo o custo das externalidades para assegurar a equidade e o nível da remuneração do capital investido aplicável a todos os prestadores. Este modelo de financiamento também permitiria evitar desvios orçamentais resultantes do subfinanciamento do sistema ou de uma certa opacidade sobre os custos assistenciais em parte do setor público prestador.

Na ótica de melhoria do setor prestador público, destacamos algumas das ações de curto prazo que podem ser efetuadas dentro do contexto da atual arquitetura e modelo do SNS.

Reforçar a aposta na coordenação e integração de cuidados

Uma das principais fontes de ineficiência do SNS é a fraqueza na integração de cuidados. Ao longo dos últimos anos, foram introduzidas algumas políticas e instrumentos para a incrementar, mas em termos sistémicos, os resultados não corresponderam às expectativas. Há fundamentos estruturais que precisam de ser alterados.

O sistema está fragmentado em níveis e estes funcionam como silos isolados. Os processos de gestão da prestação não procuram que o sistema chegue aos utentes mas antes que estes circulem na “canalização” dos seus níveis e unidades assistenciais. As estratégias públicas para cada nível nem sempre são consistentes entre elas eram promotoras de coordenação entre unidades e entre profissionais. Por outro lado, as políticas e o sistema de referenciação não estão associados a incentivos ou penalidades promotoras da coordenação e integração dos cuidados. A ausência de coordenação está patente no posicionamento dos hospitais no processo de assistência que recebem e mantêm sob a sua alçada utentes indevidamente referenciados pelos cuidados primários ou que respondem à ausência de serviços adequados ao nível dos cuidados primários. Por outro, não conseguem transferir os utentes para a rede de cuidados continuados quando tal se revela adequado. Adicionalmente, uma vez no ambiente hospitalar, os utentes lá permanecem, mesmo que não estejam numa situação aguda. O caso dos utentes com doenças crónicas é um exemplo. O volume de consultas de urgências hospitalares “verdes” e “azuis” é outro. Para 2013, o Governo anunciou medidas que visam transferir para os cuidados primários, consultas e serviços hoje prestados em ambiente hospitalar, quando tal for recomendável. A questão que se coloca é como motivar os profissionais a aceitarem essa mudança. Por exemplo, será que um médico hospitalar, de especialidade ou não, aceita dar uma consulta no centro de saúde?

Uma vez que as necessidades e a oferta de saúde não são semelhantes em todo o país, as soluções a implementar devem respeitar abordagens específicas em cada região evitando a homogeneização administrativa das mesmas.

Uma das principais fontes de ineficiência do SNS é a fraqueza na integração de cuidados. Ao longo dos últimos anos foram introduzidas algumas políticas e instrumentos para a incrementar, mas em termos sistémicos, os resultados não corresponderam às expectativas.

Racionalização da rede e funcionamento hospitalar

As expectativas previstas para 2012 não foram cumpridas. Apesar de estudos e manifestações de intenção, os resultados são escassos, limitando-se a algumas alterações de natureza superficial ou interna dos serviços. Como já é sobejamente conhecido, a oferta hospitalar do SNS é redundante e excessiva em algumas áreas do país, principalmente em Lisboa, Porto e Coimbra. Na região de Lisboa, esta oferta excessiva ainda foi agravada com a abertura dos hospitais de Loures e Vila Franca de Xira. Para bem da equidade, qualidade e sustentabilidade, é preciso encerrar unidades e serviços hospitalares e repensar se, no contexto atual, faz sentido avançar para o Hospital Oriental de Lisboa (vulgo “de Todos os Santos”). Conforme defende João Silveira Ribeiro, “só se consegue reduzir significativamente os custos operacionais de um hospital se encerrarmos unidades de internamento e não através da redução de algumas camas nessas unidades”³. Eventualmente, ter-se-á que concentrar recursos e conscientemente rarefazer a cobertura geográfica de algumas especialidades. Felizmente, já não são necessários mais estudos para se saber o que racionalizar e como o fazer. Apenas é preciso ação e gestão da mudança, fundamentalmente junto do poder local e dos utentes. Por razões políticas e pelo clima social existente, não é expectável que, em 2013, ocorra um significativo encerramento de unidades hospitalares, podendo, no entanto, existir ajustamentos nos seus serviços. Em conformidade com o despacho n.º 2508/12 do Secretário de Estado da Saúde, até ao final do mês de abril de 2013 estará definida a carteira nacional de serviços hospitalares que poderá contribuir para esta racionalização. Em 2013, à carteira de serviços de cada hospital integrada na carteira nacional, deverá corresponder um nível da atividade próximo de 2012 ainda assim, as entidades públicas empresariais terão uma diminuição do financiamento na ordem dos 2,8% face ao ano 2012.

³ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, João Silveira Ribeiro, 2012

Esta redução será um grande desafio, pois os hospitais terão de suportar neste ano a reposição de um dos subsídios ao pessoal e o custo resultante do acordo entre o Ministério da Saúde e os sindicatos dos médicos. Sendo certo este custo, existem incertezas sobre o que será possível reduzir no custo das horas extraordinárias e contratos de prestação de serviços, na sequência do alargamento do horário de trabalho semanal e o tempo máximo dedicado às urgências.

Incrementar o uso dos sistemas de informação

O contributo dos sistemas de informação para uma maior eficácia e eficiência da prestação de cuidados e gestão da saúde é hoje largamente reconhecido. O avanço tecnológico permite que os sistemas de informação possam vir a configurar um novo nível da prestação de cuidados. A sua contribuição para a integração da prestação é vital, pois possibilita a partilha de dados e informação entre vários atores, contribuindo para uma melhor comunicação entre o utente e o profissional clínico, decisões rápidas e eficazes dos profissionais de saúde e evita o desperdício, por exemplo, com novos exames e tempos de espera. Adicionalmente, os sistemas de informação são uma fonte importante para a gestão da saúde ao possibilitar, por exemplo, a monitorização da atividade e deteção de desvios em relação às necessidades ou ao padrão nacional, permitindo, assim, a tomada de decisões em tempo útil.

O ano de 2012 iniciou-se com a expectativa de alavancar a oferta já existente para o SNS e obter resultados significativos com reduzido investimento. No ano findo assistiu-se a um grande esforço no âmbito da informatização clínica. A generalidade dos atores públicos reconhece avanços significativos em 2012, onde destacamos o lançamento da Plataforma de Dados da Saúde (PDS), cujo desenvolvimento segue uma estratégia de “pequenos passos sucessivos”, possibilitando

Que modelo de sistema de saúde para Portugal?

Da ortodoxia ao pragmatismo

que o projeto consolide cada estágio de evolução com os atores nele intervenientes e evite torná-lo megalómano e ingovernável. Hoje a PDS permite que centenas de unidades públicas de prestação de cuidados primários e hospitalares possam partilhar dados sobre os utentes e que estes também possam partilhar com os profissionais os dados por si registados. Esta plataforma tem dois pontos de acesso já implementados: o portal do utente e o portal do profissional. Espera-se que o volume e a qualidade de informação recolhida via portal do utente venham a aumentar. A PDS, atualmente só disponível para o setor público, tem expectativas de ser alargado ao setor social e privado de forma faseada, iniciando-se o processo ainda em 2013. Um dos pilares críticos para esta abertura a outros setores é a definição do denominador comum de identificação que, dentro do SNS, é o número do utente. Outro é o aspeto sociológico e legal que tem a ver com a partilha de informação do utente.

Conforme Henrique Martins⁴, espera-se que 2013 traga não só o alargamento do âmbito de cobertura da PDS mas também novos serviços e alguma melhoria dos atuais. Está planeado o lançamento do Boletim Digital de Saúde Infantil e Juvenil e o Boletim da Grávida, o arranque de um programa para apoio à telemonitorização para doentes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e a evolução para a desmaterialização da prescrição eletrónica de medicamentos e da requisição eletrónica de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), “hoje na prática, a prescrição eletrónica é uma prescrição assistida por computador, pois o output é a impressão da prescrição em papel”⁵. Existe um ponto de partida positivo pois, conforme Henrique Martins⁶, cerca de 80% da prescrição privada já hoje é assistida por computador e a grande maioria dos consultórios privados já tem acesso à internet. Por outro lado, decorrente da alteração do modelo

de financiamento dos hospitais, é expectável uma melhoria nos serviços de suporte à telemedicina.

Com base na oferta atual de serviços de aplicações, muito focalizadas no tipo de unidade prestadora e de profissional e funcionando em silos, o objetivo é evoluir para soluções integradas centradas no utente. Uma das questões fundamentais na estratégia adotada de evolução dos serviços foi o reconhecimento do património funcional que as soluções existentes já ofereciam. De forma a adaptá-las aos processos da saúde, é também expectável uma evolução dos atuais *workflows*, nomeadamente, Consulta a Tempo e Horas (CTH) e Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC). Está igualmente planeada a evolução tecnológica do SINUS, hoje largamente implementado nos cuidados primários. No ano de 2013 existirá uma aposta na melhoria da apresentação e do potencial de exploração de dados

⁴ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Henrique Martins, 2012

⁵ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Raul Mascarenhas, 2012

⁶ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Henrique Martins, 2012

Espera-se que 2013 traga não só o alargamento do âmbito de cobertura da PDS mas também novos serviços e alguma melhoria dos atuais.



nas soluções já existentes de forma a assegurar que elas contribuam de forma mais efetiva para os utilizadores e para a Gestão.

Repensar as funções dos profissionais no processo

Uma forma de aumentarmos a eficiência de um processo é refletirmos sobre as funções de cada ator no processo, não nos aprisionando na intervenção atual de cada um deles, mas olhando para o resultado final do processo e com a preocupação centrada no utente. É expectável que, em 2013, se reflita e sejam dados passos no sentido de redefinir as funções dos enfermeiros nos cuidados primários, podendo vir a ser implementada a função de enfermeiro de família, o que implicará uma evolução na organização dos serviços. No curto prazo seria também desejável refletir sobre as funções das farmácias e dos farmacêuticos, fundamentalmente no meio rural. É preciso reconhecer a proximidade que caracteriza o relacionamento dos farmacêuticos com os utentes. Talvez sejam eles os profissionais de saúde com o maior grau de contacto com os utentes, permitindo o acompanhamento das terapêuticas e da

Implicações

- **A reforma é um imperativo** – quanto mais tarde a efetuarmos mais doloroso será o esforço, maior é o risco dela ser efetuada de forma brusca e com o desígnio fundamental da sustentabilidade económica e financeira. A reforma é necessária porque alguns dos principais pressupostos do SNS não estão a ser concretizados e o modelo de funcionamento está esgotado. Os políticos, os governantes e os administradores do sistema devem ter coragem para adotar o lema “Goodbye cost reduction, hello transformation!”
- **Reformar com sentido** – reformar para todos e não para alguns. A equidade tem de estar no centro da reforma. Esta, não sendo uma questão ideológica, deve assegurar que a saúde é um direito universal e um instrumento essencial na coesão social em Portugal. É necessário que o bom senso e a ponderação de todos os atores prevaleçam sob pena de se perder uma oportunidade de transformação.
- **Assegurar a evolução dos sistemas de informação** – protegendo a consistência e a continuidade da estratégia de pequenos passos e de reutilização do património funcional já existente no setor público de saúde que se revelou de uma notável eficácia no ano findo.
- **Racionalizar a rede e o funcionamento hospitalar** – a redução de custos deve passar da fase dos cortes “cegos” e de curto prazo para a redução sustentada da despesa através da procura de menores encargos de estrutura e melhoria da eficiência interna. Depois da contenção e redução de custos ocorrida no passado recente, será que é possível reduzir os custos operacionais dos hospitais sem alteração do modelo e das condicionantes de funcionamento?

condição do utente, fundamentalmente os mais idosos e de alguns portadores de doenças crónicas, como sejam os diabéticos.

Qualificar e motivar a gestão das Unidades de Saúde

Vasco Luís de Mello⁷ defende que “não há bons gestores no setor privado e maus gestores no setor público, há bons e maus gestores no setor público e privado. O que encontramos quando chegamos ao setor público são gestores desmotivados.” A realidade que esta citação retrata dificilmente poderá ser contrariada no curto prazo, onde a lógica da redução de custos e a redução das autonomias de gestão das entidades empresariais do Estado é a prevalecente.

Quando falámos de motivação não nos limitamos aos estímulos de ordem financeira, que também são relevantes. Uma parte da desmotivação resulta da impossibilidade dos gestores, mesmo no contexto de crise, poderem implementar iniciativas de melhoria face a um conjunto de condicionalismos de ordem política,

legal e de governação que lhes são impostos.

Do ponto de vista de motivação profissional, é contraditório que um gestor crie poupanças no funcionamento da sua unidade e que uma parte dessas poupanças não possa ser investida na promoção de novas eficiências no ano seguinte.

Por outro lado e para assegurar que existem consequências de uma boa ou má gestão, a remuneração dos gestores deveria ser repensada. Esta deveria incluir uma parte fixa, de valor mínimo, e uma parte variável em função dos resultados que de facto estivessem ao alcance da sua gestão. Não distinguir entre bons e maus gestores é meio caminho para a desresponsabilização.

⁷ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Vasco Luís de Mello, 2012





3.

PPP na saúde

Momento de relançar parcerias com sentido e sem preconceitos

“As PPP na saúde, ao contrário de todas as outras, têm preços mais baixos dos que o SNS paga pelo serviço nos seus hospitais.”

Paulo Macedo, Ministro da Saúde, Audição nas Comissões Parlamentares da Saúde e do Orçamento e Finanças, 05 de novembro de 2012.

As parcerias público-privada (PPP) não são uma moda atual. Em Portugal existem desde os primórdios do SNS através das convenções. As PPP são implementadas em diferentes modelos em quase todos os países europeus, com Governos de esquerda e de direita, não se aplicando apenas à infraestrutura mas a qualquer serviço público de saúde. As PPP não são boas nem más por si só. São boas quando salvagam o interesse público e, ao mesmo tempo,



as contribuições do setor privado são relevantes e prestadas a um preço relativamente mais baixo que o custo público respetivo. Por isso, na saúde e não só, há PPP que foram um sucesso e outras que resultaram num grande fracasso.

Quais são os interesses públicos a salvaguardar? Logicamente, que se ofereça aos utentes serviços de saúde de qualidade e de forma eficiente, sempre dentro da lógica dos valores do SNS, nomeadamente a universalidade, a prestação geral e tendencialmente gratuita.

As PPP só podem ter resultados positivos com Governos e Administrações de

Saúde fortes e eficazes, que tenham claras as prioridades públicas e estejam dispostos a defendê-las, tendo também uma ideia clara do que se pode pedir ao setor privado e em que condições. Desta forma, contribuir-se-á para que este tipo de colaboração não seja vista como uma forma de contornar o sistema ou de quebrar os seus valores fundamentais, mas sim como um compromisso com os valores fundamentais do SNS, principalmente dentro dos condicionalismos da crise atual. No contexto em que vivemos, é no setor público que existe a necessidade mais premente de melhorar ao máximo a eficiência para garantir serviços e conjugar as limitações orçamentais

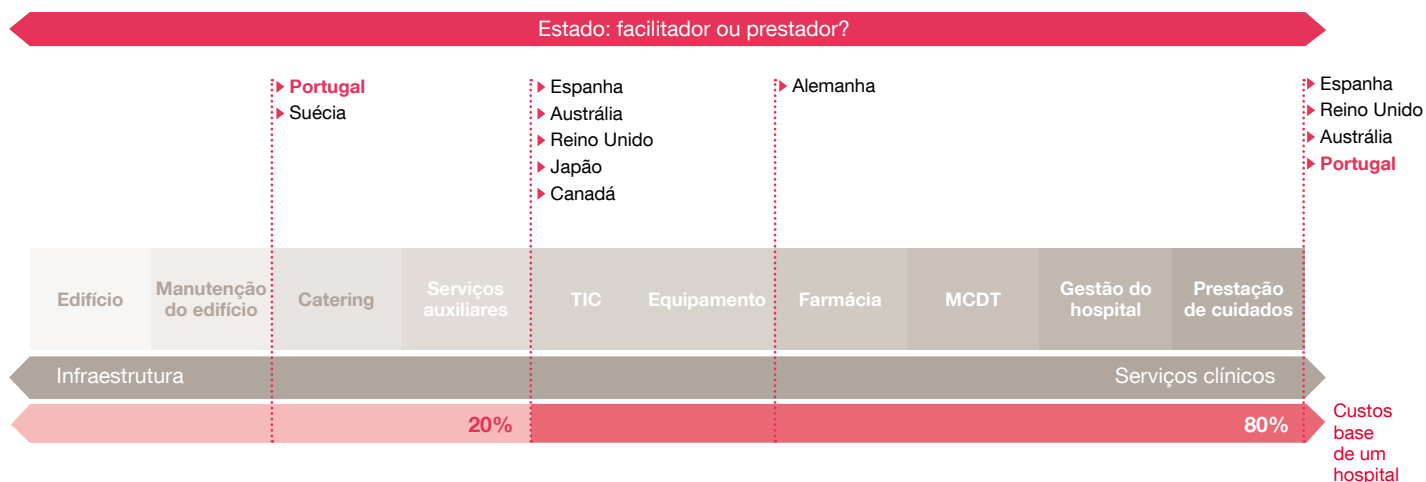
com os investimentos na atualização tecnológica. Vale a pena rever os distintos modelos de PPP na saúde, adotados em vários países.

As PPP só podem ter resultados positivos com Governos e Administrações de Saúde fortes e eficazes, que tenham claras as prioridades públicas e estejam dispostos a defendê-las.

PPP na saúde

Momento de relançar parcerias com sentido e sem preconceitos

Estado: facilitador ou prestador?



Assumindo que os projetos PPP são sempre projetos de longo prazo ou, por outras palavras, são relações entre o Estado e uma empresa privada durante um período longo, importa sistematizar questões chave para o sucesso de um projeto desta natureza:

- um Governo e uma Administração do SNS com clareza dos interesses públicos a proteger e sobre o que pretende da empresa privada. Devem igualmente estar dispostos a construir uma relação com a empresa privada em que se assuma um modelo de negócio que tenha em conta a sua necessidade de rentabilidade e dando também uma margem à empresa privada para exercer as suas capacidades de gestão. Um contrato PPP não deve ser considerado um acordo entre dois oponentes;
- empresas privadas que entendam que o que está em primeiro lugar é o serviço público objeto da parceria. É necessário também que entendam as prioridades do Governo e da Administração do SNS, dando resposta às necessidades de qualidade de serviço público.

Como podemos medir o sucesso das PPP? O sucesso ocorre quando:

- existem ganhos em saúde por parte dos utentes;
- tenham proporcionado poupanças ao SNS; e
- tenham proporcionado retorno económico ao parceiro privado.

Com efeito, as PPP sempre se apresentaram como “um veículo” para a melhoria da produtividade e redução de custos para o sistema, em resultado da capacidade de gestão mais eficiente trazida pelos operadores privados. Como tal, é questionável a eficácia deste modelo apenas para financiamento de infraestruturas, na medida em que o Estado, por definição, consegue garantir melhores condições de financiamento que um parceiro privado¹.

Acresce que este modelo, embora muito aplicado a nível internacional, não tem sido consensual na sociedade portuguesa, uma vez que tem associada uma forte retórica política e ideológica, com opiniões opostas sobre os seus benefícios para o Estado, quer em termos de eficiência quer em termos de qualidade dos serviços públicos inerentes. Continua a persistir em alguns setores da sociedade mais conservadores, o pensamento de que o serviço público de qualidade só pode ser concretizado com prestadores públicos.

¹ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Isabel Vaz, 2012

Em Portugal, o modelo de parcerias da saúde para a área hospitalar foi formalmente estabelecido em 2002² através da divisão do programa de PPP em duas vagas. A 1.ª vaga incluiu o envolvimento dos privados na construção e manutenção da infraestrutura, bem como na prestação de cuidados de saúde. A 2.ª vaga abrange apenas o seu envolvimento na construção e manutenção do edifício hospitalar.

Face ao atual contexto de austeridade, só a 1.ª vaga do programa de PPP para saúde foi implementada, tendo sido construídos e inaugurados os hospitais de Cascais, Braga, Loures e, em fase de acabamento para inauguração em 2013, o hospital de Vila Franca de Xira. Saliente-se que antes do lançamento dos concursos para estes hospitais já existiam contratos de PPP neste setor para o Centro de Medicina de Reabilitação do Sul e para o Centro de Atendimento do SNS (vulgo Saúde 24).

O esforço para o erário público decorrente dos encargos com os 4 hospitais de 1.ª vaga, em períodos de 5 anos até ao final do último contrato atual de PPP, estima-se ser o seguinte:

Evolução dos encargos futuros com as PPP em saúde – hospitais

Unidade: milhões de euros

	2012 a 2016	2017 a 2022	2022 a 2027	2028 a 2032	2033 a 2037	2038 a 2042	Total
Hospital de Cascais	337	149	58	46	22	1	613
EG Estabelecimento	293	105	0	0	0	0	398
EG Edifício	44	44	58	46	22	1	215
Hospital de Braga	664	365	42	35	35	8	1.149
EG Estabelecimento	527	286	0	0	0	0	813
EG Edifício	135	81	42	35	35	8	336
Hospital de Loures	422	473	91	65	65	27	1.143
EG Estabelecimento	358	408	12	0	0	0	778
EG Edifício	64	65	79	65	65	27	364
Hospital de Vila Franca de Xira	389	332	39	30	30	21	841
EG Estabelecimento	282	277	3	0	0	0	562
EG Edifício	107	52	36	30	30	21	277
Total de encargos para o estado	1.812	1.319	230	176	152	57	3.746
Cuidados de saúde	1.460	1.076	15	0	0	0	2.551
Infraestruturas	350	242	215	176	152	57	1.192

Fonte: “Parcerias público-privadas Relatório 2012” da Direção-Geral do Tesouro e Finanças do Ministério das Finanças, agosto 2012

² Através do Decreto-Lei nº 185/2002 de 20 de agosto

PPP na saúde

Momento de relançar parcerias com sentido e sem preconceitos

Que benefícios e condicionantes trouxe o modelo de PPP?

Decorridos 3 anos desde o início do primeiro dos 4 contratos PPP para construção e operação de hospitais, é importante fazer uma análise crítica das vantagens e contingências relacionadas com os ganhos e as vicissitudes da experiência adquirida, em resultado da implementação deste modelo.

Com efeito, verificou-se que para algumas áreas, as PPP permitiram a repartição do risco entre os setores público e privado, nomeadamente:

- **risco de conceção e construção**, no que se refere à inadequação funcional, derrapagens de custos e/ou alterações solicitadas pela Entidade Gestora do Estabelecimento;
- **risco de exploração**, relacionado com qualidade do serviço público prestado ao utente, adequação da estrutura de custos, eficácia e tempestividade de processos internos (ex.: identificação de utentes, codificação, cobrança, entre outros), adequação de sistemas de informação, operação, manutenção e renovação de equipamentos e tecnologia e, de uma forma geral, desempenho dentro de parâmetros de resultado e serviços estabelecidos contratualmente. Em 2013, os operadores privados terão de mitigar os impactos de decisões do Governo sobre os funcionários públicos ao nível dos custos com salários e carreiras, sem receberem uma compensação adicional. O mesmo acontece com as greves, onde o operador privado tem de assegurar o nível operacional para não ser penalizado;
- **risco de procura**, designadamente o facto de o financiamento ao ato fazer depender a entidade gestora do estabelecimento de uma forte pressão na capacidade de atração

da procura, negociação com a tutela do volume de atividade e existência de limites máximos à produção no contrato de gestão (à exceção da linha de atividade de urgência), bem como a adequada articulação de cuidados de saúde com as redes de cuidados primários e continuados;

- **risco de propriedade**, nomeadamente para a entidade gestora do edifício que, no final do prazo contratual, deve reverter em condições de operação, as instalações e equipamento pesado associado para a Entidade Pública Contratante;
- **risco financeiro**, em especial pela diminuição do risco orçamental do Estado e maior dificuldade por parte do parceiro privado em rentabilizar as capacidades instaladas num contexto de instabilidade e forte restrição orçamental.

Contudo, este modelo comporta um conjunto de exigências e obrigações, por vezes de difícil execução e duvidosa eficácia, em termos de controlo adequado dos riscos e facilitação da parceria, nomeadamente:

- um grau de exigência sem paralelo no SNS, com cerca de 100 indicadores de desempenho para monitorizar, obrigações detalhadas de reporte mensal, trimestral e anual, implementação exaustiva de sistemas de certificação e acreditação e aplicação de critérios muito apertados sobre elegibilidade da atividade. As PPP na saúde são o modelo de prestação onde existe de facto contratualização da prestação. Há consequências severas se o contrato não for cumprido, algo que não existe ao nível da contratualização com os hospitais EPE. Os contratos PPP permitem ao Ministério da Saúde o controlo efetivo da execução orçamental, pois os limites são inflexíveis, ao contrário da relação do Ministério com os prestadores públicos;



- o elevado grau de exigência dos contratos implica um acompanhamento intensivo por parte da Entidade Pública Contratante, não estando esta, por vezes, dotada de recursos humanos, técnicos e tecnológicos que permitam a efetiva monitorização, acarretando custos adicionais para o Estado;
- o excessivo número de indicadores e parâmetros de desempenho torna ineficiente o acompanhamento de certas áreas perante o elevado consumo de recursos com a sua monitorização e até a uma perda de foco nas questões realmente essenciais a serem monitorizadas;
- a existência de silos de informação e pouca transparência na divulgação pública da mesma que impede a realização de *benchmark* adequado com os outros hospitais públicos e privados com as mesmas características de operação.

Existem bons exemplos recentes de PPP. Do ponto de vista da qualidade para o utente, o Centro de Medicina de Reabilitação do Sul apresenta indicadores de ganhos para a população bastante relevantes em comparação com outras unidades, como: (i) ganhos funcionais 15% acima do *benchmark*; (ii) demora média de 40 dias (60% inferior ao *benchmarking* ibérico) para obtenção de resultados funcionais 15% superiores ao *benchmark* (ajustado por complexidade)³.

A mudança de perceção da opinião pública em geral sobre as vantagens das PPP na saúde, através da concretização dos ganhos de eficiência para o sistema projetados e/ou pela efetiva transferência de riscos para os parceiros privados, constitui o principal desafio para 2013.

Para atingir este desiderato, uma vez que é conhecido o custo das PPP a partir dos casos-base, é fundamental responder à questão: o custo da gestão privada, em regime de PPP, fica mais ou menos oneroso para o Estado? Qual a contribuição do parceiro privado na introdução de valores, cultura e mecanismos de boa gestão nas unidades de saúde públicas sob sua gestão?

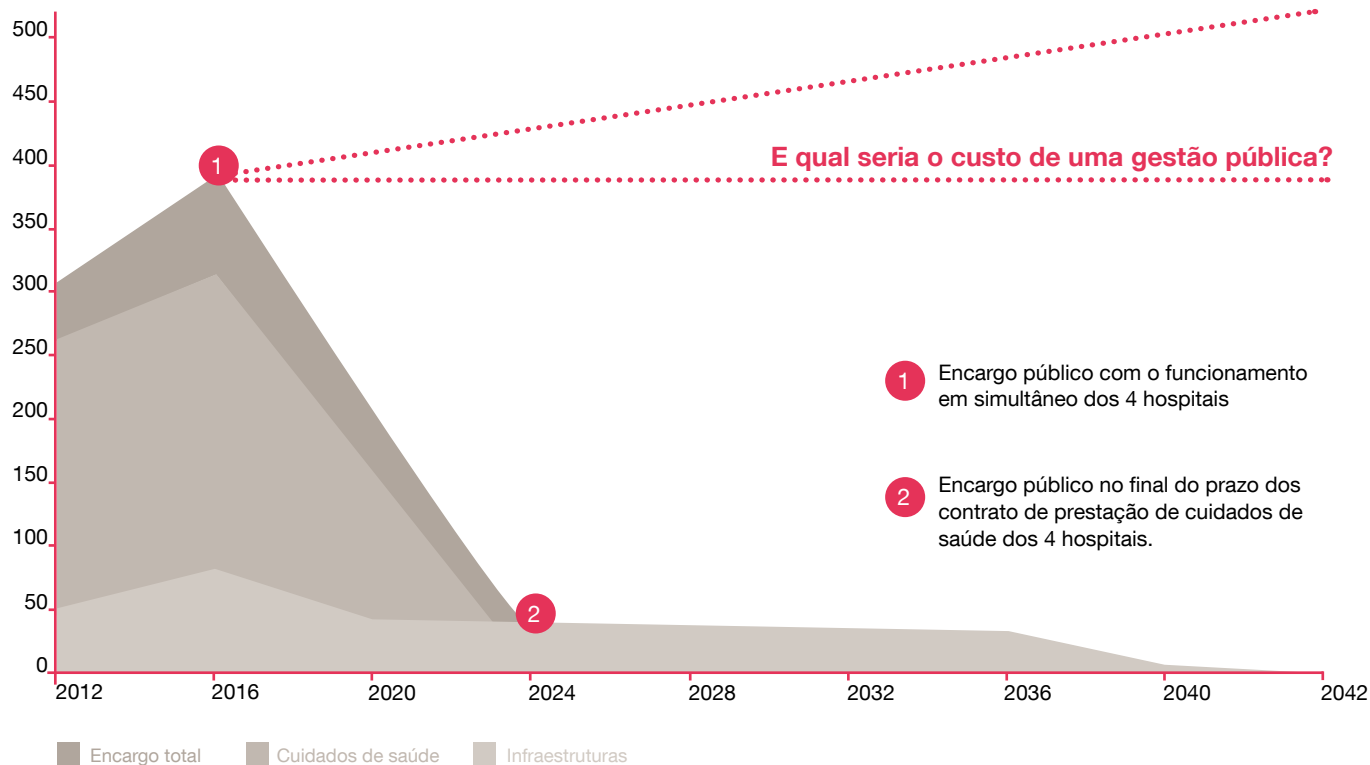
As PPP na saúde são o modelo de prestação onde existe de facto contratualização da prestação.

³ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Margarida Ribeiro da Cunha, 2012

PPP na saúde

Momento de relançar parcerias com sentido e sem preconceitos

Projeção de custo com as 4 PPP contratadas até 2042



Fonte: "Parcerias público-privadas Relatório 2012" da Direção-Geral do Tesouro e Finanças do Ministério das Finanças, agosto 2012

E qual seria o custo de uma gestão pública? Esta questão tornar-se-á mais pertinente à medida que se aproxima o fim dos atuais contratos PPP para a prestação de cuidados de saúde, após o qual o Estado terá que tomar a decisão de continuar ou não a parceria com o privado.

O Estado tem de procurar internalizar, quando aplicável, as boas práticas de gestão que são adotadas pelo operador privado, procurando partilhá-las com os restantes hospitais da rede pública.

Implicações

- **Acabar com os preconceitos sobre as PPP** – promovendo a transparência, tornando público os benefícios efetivos da prestação dos hospitais PPP quando comparados com o universo dos hospitais EPE.
- **Construir relações sólidas** – reforçar o espírito de parceria, identificando e resolvendo os constrangimentos decorrentes da complexidade dos contratos, evitando que a “guerrilha” se instale nas relações entre as partes, ao nível de topo e ao nível operacional.
- **Controlo contratual** – o Estado deve continuar a reforçar a sua capacidade de controlo sobre a efetividade dos contratos, iniciando essa atividade na fase de planeamento da parceria e não só quando o contrato está assinado.
- **Melhoria da gestão e da eficiência** – o Estado deve procurar benefícios com as PPP que vão além do financiamento. Tem de procurar internalizar, quando aplicável, as boas práticas de gestão que são adotadas pelo operador privado, procurando partilhá-las com os restantes hospitais da rede pública.
- **Reforçar o âmbito das PPP** – impulsionar as parcerias para outras áreas da prestação que não os hospitais ou serviços prestados em ambiente hospitalar. Seria interessante repensar o modelo de financiamento das PPP de forma a abarcar uma prestação integrada numa determinada área de influência, cobrindo todos os níveis de prestação e serviços e promovendo a partilha de risco e retorno entre o setor público e o privado. A evolução dos modelos de parceria deveria também contemplar a inovação na colaboração entre privados, e entre privados e operadores sociais.



4.

Medicamentos e dispositivos médicos

Pensar também na
equidade, coesão social
e inovação

***“Em 2012, os portugueses
pouparam mais de 100 milhões de
euros face ao mesmo período de
2011, uma poupança que ocorreu
em simultâneo com o aumento
de várias centenas de milhares
de embalagens consumidas
adicionalmente e um melhor acesso
a cuidados de saúde.”***

Paulo Macedo, Ministro da Saúde,
Assembleia da República, 30 de janeiro de 2013



Para 2012, antevíamos o início de um processo de desconstrução da cadeia de valor, induzido pela redução do mercado e alteração das margens dos vários atores do setor.

Este processo de desconstrução sugeria o aumento do risco de ruturas de *stocks*, a redução de custos e redução do emprego nos laboratórios, o encerramento de farmácias de Norte a Sul do país, a redução de inovação e o aumento do mercado dos genéricos. De facto, tudo isto se verificou, nalguns vetores com maior intensidade e noutros com maior folga.

Com base em valores de novembro de 2012, estima-se que o mercado de medicamentos em ambulatório (em valor) tenha contraído cerca de 11,7%¹, não obstante um aumento superior a 2,7% em volume, representando um acréscimo de aproximadamente 5,9 milhões de embalagens. Estes dados sugerem-nos que o mercado não reduziu em quantidade, mas apenas em valor, representando uma redução de encargos para o SNS entre € 130 a € 140 M (Fonte: Ministério da Saúde) e para os utentes em cerca de € 100 M.

¹ Análise do mercado de medicamentos em ambulatório, Infarmed, novembro 2012

Segundo o Infarmed, “apesar das reduções verificadas no valor a PVP e nos encargos do SNS, foram os encargos dos utentes que ostentaram a maior descida, mais concretamente 14,6%.”²

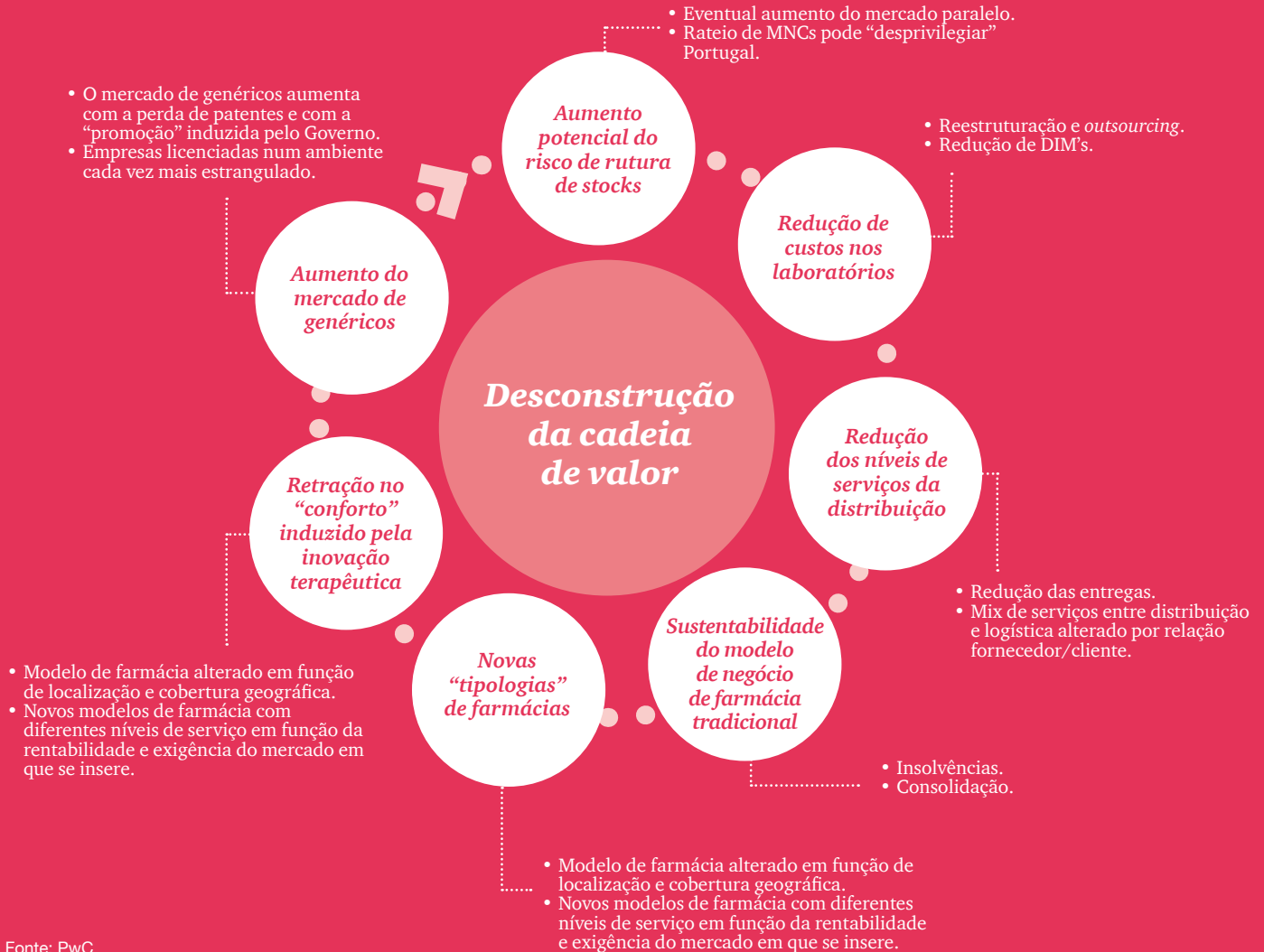
“... foram os encargos dos utentes (com medicamentos) que ostentaram a maior descida, mais concretamente 14,6%.”

² Análise do mercado de medicamentos em ambulatório, Infarmed, novembro 2012

Medicamentos e dispositivos médicos

Pensar também na equidade, coesão social e inovação

Medicamentos e dispositivos médicos: pensar também na equidade, coesão social e inovação



Fonte: PwC

A reformulação do cálculo das margens de comercialização, a alteração dos países tomados como referência para determinação do preço e a promoção à utilização de medicamentos genéricos foram as principais causas desta retração. A principal diferença face aos ajustamentos de preços e os acordos do passado é que o esforço era proporcionalmente repartido em função do contributo de cada ator na cadeia de valor, sendo que atualmente, a distribuição acabou por sentir estas medidas com maior intensidade. Em todo o país registam-se vários casos de dificuldades financeiras na distribuição.



Em 2013, o mercado de medicamentos continuará a retrair em valor, como consequência da perda do poder de compra das famílias.

No final de 2012, quase 30% das farmácias tinham fornecimentos suspensos e os grossistas enfrentavam fortes pressões financeiras. Na edição anterior, estimávamos que os operadores iriam atuar preventivamente na mudança dos seus modelos de negócio, antecipando a austeridade que se adivinhava. No entanto, acabámos por verificar uma postura mais reativa, com maior incidência na procura pela redução de custos do que na inovação dos modelos de negócio e revisão de níveis de serviço da distribuição grossista.

O aumento estimado de rutura de medicamentos acabou igualmente por se verificar, não só por questões associadas ao abastecimento do mercado, como eventualmente pelo aumento da exportação paralela para outros países europeus e Angola.

Em 2013, os principais desafios perduram e agravam-se as medidas

O ano que iniciámos não permite antever que o ritmo da austeridade que tem vindo a ser imposta ao setor venha a abrandar. É já sabido que uma nova

redução de preços dos medicamentos está prevista a partir do 2.º trimestre, como consequência da alteração dos países de referência para a determinação de preços, os quais passarão também a permitir a comparação com medicamentos de utilização hospitalar.

Adicionalmente, o Orçamento do Estado para 2013 é claro na opção para a diminuição de preços dos medicamentos e gastos com a saúde, designadamente pela introdução de formulários nacionais de medicamentos (hospitalar e ambatório), reforço de negociação e aquisição centralizada de medicamentos e dispositivos médicos, reforço da monitorização e controlo da prescrição (em ambatório e ambiente hospitalar) e prescrição por substância ativa, ou seja, por denominação comum internacional (DCI).

Para 2013, estimamos que muito do que vimos acontecer (ou iniciar-se) em 2012, se venha a agravar.

O mercado continuará a retrair em valor. Assistiremos com forte grau de probabilidade à retração do mercado em volume, como consequência da reiterada perda de poder de compra das famílias e em particular dos pensionistas, principal segmento de “consumo”.

A nível hospitalar, a negociação centralizada poderá vir a acentuar as assimetrias regionais, com os riscos inerentes do “one size fits for all”. Os medicamentos e dispositivos terão como principal premissa de negociação o preço, sendo que o conceito de “total cost”, ou seja, o valor da terapia, poderá vir a ser relegado para segundo plano, tirando Portugal da rota da inovação. Por outro lado, a pressão para reduzir gastos com internamento e retirar doentes dos hospitais, beneficiando de melhores ocupações e reduzindo os riscos induzidos de infeções hospitalares, levará à procura de soluções em ambatório, com especial relevo para os dispositivos médicos, os quais poderão ver a sua estrutura de mercado alterada. Atualmente o mercado de dispositivos médicos concentra-se em 80% no segmento hospitalar.



Medicamentos e dispositivos médicos

Pensar também na equidade, coesão social e inovação

Em Portugal, a despesa hospitalar em medicamento tem uma estrutura muito própria, pois tal despesa pouco tem a ver com a produção hospitalar.

A cada vez menor liquidez dos operadores (grossistas e farmácias) continuará a condicionar a disponibilidade de medicamentos e dispositivos. Por seu lado, a indústria tornar-se-á cada vez mais criteriosa relativamente aos medicamentos e dispositivos que “pretende” colocar no mercado, em particular aqueles que sofram de uma concorrência mais agressiva, menor rotação ou cujo ciclo de vida se apresente mais curto.

Alguns ajustamentos no mercado do medicamento e dispositivos médicos em ambiente hospitalar

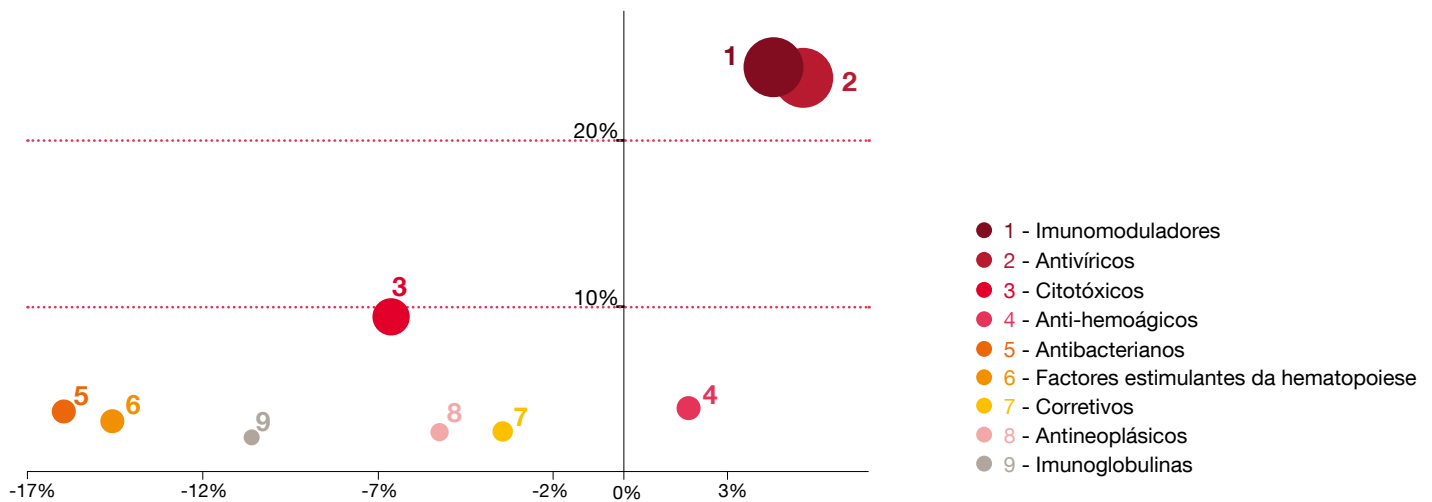
Em Portugal, a despesa hospitalar em medicamento tem uma estrutura muito própria, pois, de facto, tal despesa pouco tem a ver com a produção hospitalar. Com base nos dados do Infarmed a novembro de 2012, 76% da despesa em medicamentos na área hospitalar

ocorreu na consulta externa, hospital de dia e cirurgia de ambulatório. A despesa com medicamentos cedidos nos serviços farmacêuticos representa cerca de 44,9% e referem-se principalmente a medicamentos para terapêutica ao VIH (antivíricos), artrite reumatoide, esclerose múltipla, entre outros.

Segundo Paula Costa³, em termos gerais, é ao nível dos antivíricos e dos imunomoduladores, que têm preços mais altos, que se verifica o aumento do consumo, estando os restantes, de preço mais baixo, em contração. Esta estrutura do mercado de ambulatório no contexto hospitalar, além da questão do acesso, coloca questões de fundo sobre o financiamento hospitalar, uma vez que as categorias de medicamentos com elevado impacto no custo hospitalar têm uma relação ténue com a atividade hospitalar.

Despesa hospitalar do SNS por CFT (Classificação farmacoterapêutica)

Peso relativo na despesa (%)



Fonte: APIFARMA com base em dados do INFARMED

³ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Paula Costa, 2012

Segundo Raul Mascarenhas⁴, a SPMS EPE⁵ e a ACSS estão a estudar uma alteração ao modelo de financiamento dos hospitais, passando o financiamento destes a tomar em consideração apenas um preço de referência do medicamento, de forma a potenciar o efeito da Central de Compras e mutualizar os benefícios por todos os hospitais. Assim, os hospitais passam a estar focalizados naquilo que é a sua missão e a SPMS procurará, através da Central de Compras obter as melhores condições de fornecimento. No futuro, mas não previsivelmente em 2013, a SPMS também irá dar passos no sentido de uma logística integrada, de forma a gerar poupanças resultantes da redução do nível de *stocks* em cada estabelecimento hospitalar.

Desde agosto que as regras de compras nos hospitais EPE foram alteradas, passando estes a ter de comprar unicamente com base no preço. Tal alteração baseia-se no pressuposto de o Estado defina o padrão de qualidade que aceita comprar e depois só submeta à concorrência o preço. Desta forma, os hospitais ficaram inibidos de poder comprar atendendo outros critérios, como seja através da agregação de medicamentos e dispositivos numa carteira, através da qual os fornecedores procuravam equilibrar a sua oferta em função dos produtos mais caros e mais baratos.

A opção de compra pelo preço mais baixo está longe de recolher unanimidade no setor. Este modelo de compra não considera por exemplo, o serviço associado, os custos futuros e o custo final da prestação. Daí que possa ser útil refletir-se, já em 2013, sobre a introdução de preços compreensivos dos medicamentos e dispositivos médicos por terapêutica, tomando por base um orçamento disponível, o número de casos a tratar e os resultados a obter.

Esta abordagem possibilitaria ganhos efetivos para o Estado e exigiria soluções de parceria e partilha de risco entre os fornecedores.

Algumas inevitabilidades tardam em ser implementadas atrasando a reconstrução da cadeia de valor e criando desigualdades no sistema

A necessária reconstrução da cadeia de valor tarda em ser implementada. A resiliência dos grossistas e farmácias, cuja saída do mercado (mais cedo ou mais tarde) terá que acontecer, vem criando desequilíbrios e desigualdades no sistema, como consequência de práticas que desvirtuam a concorrência e o recurso à exportação de medicamentos para outros mercados mais atrativos. Estas ações prejudicam largamente as operações locais, criando ruturas “não-controláveis” e, nalguns casos, invocando riscos de saúde pública. A distribuição necessita de reformular-se impondo novos modelos operativos, compatíveis com os modelos de margens em vigor, aproximando-se de operadores logísticos e propondo níveis de serviço em função da remuneração associada. As farmácias, do mesmo modo, deverão caminhar para níveis de planeamento mais sofisticado e integrado com soluções de VMI (*Vendor Managed Inventory*) dos distribuidores.

Se em 2012, 5% a 10% das farmácias portuguesas se encontravam em risco de falência, em 2013, é provável que este indicador se multiplique por 3 ou 4. A consolidação do setor será incontornável, sendo requerida a fusão ou extinção de um número alargado de farmácias, que motive a reestruturação do setor. No entanto, o nível de resistência destes agentes, tipicamente com estruturas centradas na pessoa do farmacêutico (durante muitos anos o único proprietário), apresenta-se muito elevado, tardando um processo que crie uma descontinuidade dos modelos de negócio do passado.

⁴ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Paula Costa, 2012

⁵ Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Medicamentos e dispositivos médicos

Pensar também na equidade, coesão social e inovação

Continuamos a acreditar que novas tipologias de farmácias começarão a surgir, iniciando-se no meio rural disperso, recordando um voltar às origens do farmacêutico de aldeia.

Continuamos a acreditar que novas tipologias de farmácias começarão a surgir, iniciando-se no meio rural disperso, recordando um voltar às origens do farmacêutico de aldeia, com menores custos com pessoal, com uma oferta de medicamentos essenciais e, eventualmente, beneficiando de intervenção da autarquia local ou da junta de freguesia, como forma de combater a “desertificação medicamentosa” e fazer face a potenciais problemas de acesso e cobertura; e culminando no aparecimento de modelos mais sofisticados nos centros urbanos de maior competitividade.

Ao nível dos dispositivos médicos, a sua classificação e regulamentação urge, incluindo igualmente a análise de valor da sua contribuição para o diagnóstico precoce e para a terapêutica, a qual deverá constituir parte integrante nos modelos de controlo da despesa. Por outro lado, a tendência para maior *empowerment* do doente pela gestão da sua saúde poderá levar ao crescimento, pelo menos em volume, dos dispositivos médicos em ambulatório.

Espera-se um 2013 difícil para todos os atores: Estado, indústria farmacêutica e dos dispositivos, grossistas, farmácias e utentes

A continuação da redução do rendimento disponível das famílias e em particular dos pensionistas, provavelmente em maior grau do que tem vindo a ser sucessivamente estimado pelo Governo, o acelerar do envelhecimento da nossa estrutura demográfica populacional, como consequência da quebra de natalidade e maior ritmo de emigração de quadros jovens e a intensificação das doenças associadas ao stress colocam grandes desafios a todos os atores da cadeia de valor.

Ao SNS, que necessita continuar a reduzir a despesa, mas que assiste a maiores necessidades da população e a um ritmo de reestruturação orgânico não compatível com a velocidade desejada de redução da despesa.

À indústria que se vê confrontada com o pequeno mercado cada vez mais pequeno e com margens cada vez mais reduzidas, face às responsabilidades por que tem que responder.

À distribuição, que se vê confrontada com dificuldades financeiras, com margens que nalguns produtos não cobrem o serviço prestado e com um crescente número de operadores que desviam medicamentos para mercados que pagam melhor e que de forma indireta originam ruturas de *stock*.

Em conclusão, espera-se que 2013 venha a ser o ano do agravamento do setor e em que a cadeia de valor venha de facto a alterar-se. Não será o ano do DTP (*Direct to Pharmacy*), mas novos serviços e modelos de negócio irão surgir na distribuição e retalho.

A internacionalização é cada vez mais a tábua de salvação das empresas nacionais licenciadas, cada vez mais “stuck in the middle” entre produtos de marca, com patentes com prazo à vista, e o crescimento dos genéricos.

A inovação continuará *on-hold*. E as potencialidades que a área de ensaios clínicos traduz, parece que também.

A consolidação do setor será incontornável, sendo requerida a fusão ou extinção de um número alargado de farmácias.



Implicações

- **Reduções de custos na indústria** – os laboratórios terão que reduzir custos, nomeadamente ao nível da informação médica, potenciando parcerias, privilegiando modelos de CSO (*Contract Sales Outsourcing*).
- **Internacionalização** – os laboratórios nacionais não terão alternativa senão continuar a investir nos processos de internacionalização, sejam eles *licensed* ou genéricos.
- **Níveis de serviços dos distribuidores** – os distribuidores terão que rever e reduzir os níveis de serviços às farmácias, e equacionar a implementação de modelos de VMI nas farmácias.
- **Dinâmica do mercado** – as insolvências e fusões e aquisições de farmácias serão intensificadas, a par das suspensões de fornecimento.
- **Novas tipologias de farmácias** – novas tipologias de farmácias deverão surgir, em função de localização e cobertura geográfica e com diferentes níveis de serviço em função da rentabilidade e exigência do mercado em que se insere.
- **Acesso à inovação** – a introdução de medicamentos e dispositivos inovadores no mercado continuará a não ter lugar de destaque.
- **Genéricos** – aumento do mercado de genéricos com a perda de patentes e com a “promoção” induzida pelo Governo.
- **Tendências no mercado dos dispositivos médicos** – intensificação da promoção dos dispositivos enquanto solução integrada terapêutica, englobando serviço e produto, adequando aos novos modelos de aquisição centralizada e aos orçamentos dos hospitais. Maior *empowerment* do doente na gestão da saúde e surgimento de dispositivos médicos de baixo custo para suporte.

5.

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Transformar o mercado e otimizar a colaboração

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi

Em 2012 e considerando a influência que o Estado tinha no mercado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), existia a expectativa que o mesmo procurasse impulsionar o aumento da eficiência no mercado através da sua política de fixação de preços das convenções e das condições exigidas para a prestação de cuidados. Tal como afirmámos na



nossa edição anterior¹ este mercado, em resultado da sua forte dependência do Estado, em termos de procura e de protecionismo traduzido nas barreiras que se ergueram no acesso de novos concorrentes às convenções, no passado recente quase cristalizou em termos de inovação. O fator por excelência que introduziu algum dinamismo foi a liberdade de escolha do utente do SNS, no âmbito da rede convencionada. O Estado através de alterações à tabela de preços de convenções e da requisição eletrónica de MCDT procurou introduzir um novo dinamismo. Os passos seguintes parecem ir no sentido de exigir aos

convencionados a adoção da faturação eletrónica e imagem digital em substituição do filme. Adicionalmente, o Estado pretende alterar o processo de licenciamento para facilitar a atividade dos convencionados e a entrada de novos concorrentes. As medidas que têm sido implementadas no passado recente obrigam muitas das empresas deste mercado a transformar os seus modelos de negócio e de funcionamento, procurando novos mercados, adotando novas tecnologias, novas formas de trabalho e articulando parcerias. Em boa verdade, estas medidas podem já estar a contribuir para a eliminação das

empresas pouco eficientes e a promover a inovação.

O Estado, em 2012, também influenciou o nível de negócios do mercado convencionado de MCDT através da internalização de parte da sua procura, com o fundamento de utilização da capacidade instalada no setor público. Em muitos casos a internalização acaba por não se revelar uma decisão economicamente ajustada, em virtude dela significar maiores custos para o SNS. A prestação em convenção, além de ocorrer a um custo mais baixo, conforme comprovam as tabelas de

¹ Desafios da saúde em Portugal 2012, PwC-EGP, 2012

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Transformar o mercado e otimizar a colaboração

preços de convenções (o diferencial médio entre o custo da convenção e o custo internalizado, em 2012, pode ter representado cerca de 40%), também possibilita um maior controlo orçamental por parte da Administração do SNS. Por vezes, o fundamento de internalizar os serviços para utilizar a capacidade instalada não acolhe a verdade dos factos. Na realidade trata-se de novos investimentos nas áreas dos MCDT que as unidades hospitalares efetuam por razões nem sempre compreensíveis e que, para assegurarem um nível de atividade razoável, precisam de captar procura dos cuidados primários ou mesmo de outras unidades hospitalares. Estes investimentos nem sempre são economicamente rentáveis atendendo a sua forma de financiamento e alguns casos, de facto, não se traduzem em novos ativos para essas unidades. O financiamento traduz-se no pagamento de consumos de reagentes a preços por vezes excessivo. Na decisão de internalizar não se pode também ignorar a razão da existência das entidades convencionadas e do seu contributo na criação e desenvolvimento do SNS, bem como a capilaridade da sua rede que permite maior proximidade ao utente, sem encargos de estrutura para o SNS.

O setor de MCDT, em matérias de regulação, também ainda se depara com o paradoxo da discriminação entre os atores consoante a sua natureza jurídica, nomeadamente ao nível do licenciamento. A atuação da ERS tem incidido sobre as empresas privadas, não intervindo junto das entidades do setor público e social.

Em 2012, o mercado assistiu a uma convergência de preços praticados pela ADSE à tabela de convenções do SNS e é expectável que, em 2013, o Estado uniformize o preço que pratica no mercado na compra de serviços de saúde.

A reflexão sobre os desafios que enfrenta este mercado exige uma avaliação ponderada sobre algumas das questões críticas, nomeadamente a relação entre o Estado e os convencionados, a situação económico-financeira das entidades convencionadas, do Estado e do nosso país em geral.

Vislumbra-se que o ano de 2013 continue a ser um ano de mudanças. É necessário que as empresas atuando no setor revejam a sua visão sobre o mercado e o posicionamento competitivo que



Em muitos casos a internalização acaba por não se revelar uma decisão economicamente ajustada, em virtude dela significar maiores custos para o SNS.

pretendem, a sua carteira de serviços e transformem os seus modelos de negócio e de funcionamento, apostando em parcerias sejam elas de natureza vertical ou horizontal e independentemente da natureza jurídica dos parceiros. Saber identificar oportunidades no meio das adversidades e concentrar esforços para encontrar soluções será certamente um dos maiores desafios que se colocará aos concorrentes neste setor. Partilhamos o pensamento de José Chaves: “Não podemos continuar a pensar e a agir como fazíamos no passado.”²

Embora seja possível analisar os desafios para o mercado de MCDT em 2013 em diversas perspetivas, a mais premente para todos os atores, é a questão da racionalização de custos, em resultado de um conjunto de medidas adotadas em linha com o Memorando de Entendimento (MdE). Será que a redução administrativa dos preços das convenções do SNS levará a uma redução da qualidade dos serviços? Será que tal facto contribuirá para o desaparecimento de algumas empresas privadas que asseguravam a capilaridade do sistema em benefício da consolidação do setor?

A redução administrativa dos preços das convenções associada à forte dependência da maioria das empresas do setor convencionado à procura do SNS tem contribuído para o enfraquecimento económico-financeiro de parte dessas empresas.

Segundo Alexandre Lourenço³, entre 2010 e 2011, a despesa do SNS com MCDT reduziu-se cerca de 5%, e entre setembro de 2011 e setembro de 2012 a redução foi de cerca de 11%. O problema é que a redução administrativa de preço tem sido transversal e por vezes, sem uma lógica de procura de eficiência e não considerando os impactos económicos para o próprio SNS.

² Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, José Chaves, 2012

³ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Alexandre Lourenço, 2012

Tal como refere Armando Santos⁴ “A capacidade de diagnóstico e prevenção, são um indicador de evolução dos sistemas de saúde das sociedades modernas e um fator determinante na evolução dos indicadores de saúde”. A questão não é reduzir custos mas sim reduzir custos com sentido.

De forma genérica, o acesso ao SNS é efetuado através dos cuidados de saúde primários. A ascensão do SNS e dos seus cuidados primários só foi possível com o apoio de uma rede nacional de diagnóstico e terapêutica que, por sua vez e na inversa, não tem capacidade para subsistir sem os cuidados de saúde primários do SNS.

O mercado das **análises clínicas** vem ao longo dos últimos anos registando um processo de consolidação resultante da entrada de empresas multinacionais e de outras condicionantes aqui já descritas. Esta consolidação não tem sempre significado inovação e paulatinamente tem contribuído para uma redução do acesso à rede laboratorial por parte dos cidadãos mais desfavorecidos, principalmente nas áreas rurais. Não é desprezível, como nunca o poderia ser, o impacto que esta consolidação tem sobre o nível de desemprego entre os técnicos de laboratório. A redução transversal dos preços das convenções sem um critério ajustado potencia um impacto negativo na qualidade de alguns exames. É uma das áreas dos MCDT que mais sofreu com o movimento de internalização dos serviços por parte do SNS.

Os preços atuais tendem a não motivar o investimento em qualidade e inovação em algumas áreas críticas, fundamentalmente às associadas aos métodos de diagnóstico e à sua divulgação científica entre os clínicos. Perante este contexto, é expectável que o setor continue a estar sujeito a um processo de transformação, agora talvez mais acelerado.

⁴ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Armando Santos, 2012

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Transformar o mercado e otimizar a colaboração

Conforme prognostica Germano de Sousa “subsistirá quem oferecer melhor qualidade e quem souber acompanhar a inovação.”⁵

O mercado da **imagiologia** também foi afetado pela redução de preços e internalização dos serviços, por parte do SNS. Nele também subsistem as enormes diferenças entre os preços dos atos praticados pelo mercado convencionado e pelo SNS. Como a tabela seguinte⁶ demonstra, em muitos casos o preço pago aos prestadores convencionados é menos de metade do preço praticado junto dos prestadores públicos. Os dados abaixo indicados demonstram o valor da taxa moderadora paga pelos utentes. Em alguns casos, cobre a totalidade do custo pago pelo SNS ao prestador convencionado. Por outras palavras, a prestação é efetuada a custo nulo para o SNS.

estão cada vez mais a reduzir o seu interesse pelo mercado nacional, quer por incumprimento de pagamentos quer por falta de atratividade do negócio em geral.

Na área da **diálise**, onde continua a subsistir uma relativa crispação entre os decisores políticos e os prestadores privados, verificou-se uma redução nominal de cerca de 14,2% no preço compreensivo. Para resposta a este corte, os prestadores ajustaram a sua estrutura de custos efetuando cortes salariais e despedimentos associados a uma acrescida contenção de custos. Contudo, a inclusão de novos serviços associados aos preços, no entanto também reduzidos, levou a que a redução efetiva do preço fosse de cerca de 18%. Neste mercado, também se perspetiva uma concentração acrescida de prestadores, com consequências similares às da área de análises clínicas. Em 2013, prevê-se que o Estado e os prestadores privados consigam ultrapassar o ambiente atual e evoluam numa solução comum para a melhoria da satisfação do utente e da qualidade e segurança da prestação. Assim, os prestadores privados estarão interessados em apostar numa maior variedade e qualidade nutricional dos lanches e investimento na qualidade das instalações, bem como em negociar novos serviços nomeadamente, o transporte de doentes, a diálise peritoneal e a medicina preventiva.

Na **radioterapia**, tal como em outros setores aqui tratados, também prevalece a política de discriminação dos prestadores privados e a internalização da produção, muitas vezes sem sentido. A ausência de uma rede de referência efetiva é uma questão crítica para assegurar a prestação adequada de cuidados ao utente.

Associada à rede de referência deviam existir equipas multidisciplinares que atuassem segundo linhas de orientação clínica comuns.

Exames	Preço		Taxa moderadora
	Convencionado	SNS	
Mamografia	20,50 €	45,50 €	3,50 €
Ecografia de partes moles	9,29 €	28,80 €	5,00 €
Punção para citologia	20,00 €	61,50 €	12,00 €
Punção para histologia	20,00 €	104,10 €	17,50 €
TC*, suplemento de contraste endovenoso	12,00 €	62,60 €	12,00 €
TC*, contraste oral	1,30 €	5,60 €	1,30 €
TC*, contraste retal	3,00 €	15,50 €	3,00 €

Fonte: Portaria 839-A/2009 de 31 de julho e Tabela MCDT convencionados outubro 2012*

*http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Tab%20MCDT%20Convencionados_1outubro2012.xls

A informação da tabela acima suporta a visão dos críticos da internalização acrescida dos serviços de MCDT, ao nível do SNS. Até que ponto será vantajoso para o SNS internalizar estes serviços no contexto de uma prestação em ambulatório?

Para além do encerramento ou fusão de unidades de prestadores, estes vão ter algumas dificuldades em manter a atualização tecnológica dos centros, uma vez que os fornecedores internacionais

⁵ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Germano Sousa, 2012

⁶ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Armando Santos, 2012

Por outro lado, à rede deviam também estar associadas normas sobre os tempos de espera máximos para a cirurgia, radiologia e quimioterapia. Uma rede bem estruturada permite a racionalização dos custos, promove o investimento em inovação e em tecnologia para deste modo conseguir ter doentes tratados com terapias eficazes. “Uma rede bem montada permite racionalizar os custos. A racionalização pode ser feita com inovação tecnológica: não só com as melhores máquinas de radioterapia, mas também com novas técnicas de fazer radioterapia”. O mercado de radioterapia⁷ é muito dependente do financiamento do Estado. Cerca de 90% dos doentes são do SNS e as alternativas ao financiamento são escassas. O turismo de saúde pode ser uma solução.

Do ponto de vista da equidade, a realidade do país é diferenciada. Cerca de 17% da população total não está abrangida pelas áreas de influência até 60 minutos de viagem, em particular no Centro e Alentejo⁸.

No que respeita ao mercado da medicina física e de reabilitação (MFR), a rede de referência existente encontra-se muito desatualizada, sendo que a última revisão ocorreu em 2003. Tal como referido por Margarida Ribeiro da Cunha, “se existisse uma rede bem estruturada, que conseguisse levar os doentes às clínicas de MFR em tempo útil, existiriam poupanças, pois um doente que tenha acesso a um bom plano de tratamento de MFR tem melhor qualidade de vida, mais autonomia e menor necessidade de cuidados médicos após a alta do centro de reabilitação e, como consequência direta, reduzem-se os custos para o SNS.”⁹

Os preços da tabela de convenionados ao nível da MFR permaneceram congelados durante cerca de 20 anos.

⁷ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Guy Vieira, 2012

⁸ Relatório “Acesso, Concorrência e Qualidade no setor da prestação de Cuidados de Saúde de Radioterapia Externa”, ERS julho 2012

⁹ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Margarida Ribeiro da Cunha, 2012

Implicações

- **Reforçar as redes de referência** – para benefício da qualidade e dos custos da prestação, ampliar e reforçar as redes de referência que assegurem o envolvimento efetivo de todos os prestadores públicos, sociais e privados. Esta rede deve ir além da referência entre unidades mas incluir o trabalho em equipas multidisciplinares com orientações clínicas partilhadas.
- **Ajustar o modelo de financiamento** – atualizar as tabelas de preços das convenções para as tornar promotoras da inovação e permitir a sustentabilidade dos prestadores mais eficientes.
- **Assegurar a equidade** – evitar que o custo direto da prestação suportado pelos utentes e as externalidades associadas ao tratamento, fundamentalmente o custo dos transportes, possam afetar negativamente o acesso.
- **Internalizar e externalizar com sentido** – atuar de forma transparente na procura de soluções descomplexadas de colaboração entre prestadores privados, sociais e públicos.
- **Promover uma concorrência sã e transparente** – remover os obstáculos ao acesso às convenções e eliminar a concorrência desleal.

Este facto, só por si, contribuiu para a descapitalização das empresas do setor. Muito recentemente a tabela foi atualizada mas o acréscimo do preço foi em grande parte suportado pelo utente. Além do desajustamento dos preços face aos custos efetivos dos atos, a tabela está relativamente desajustada do ponto de vista técnico, pois inclui atos que já não são prestados e não inclui outros que são atualmente praticados e que têm maior eficácia. Aqui também o preço do ato pago às entidades convenionadas é substancialmente inferior ao praticado pelas unidades públicas do SNS.

Segundo Henrique Soudo¹⁰, em 2013, os prestadores estimam uma redução da procura face à redução do rendimento disponível das famílias, um aumento do custo da prestação para o utente e a redução dos apoios ao nível do transporte de doentes não urgente. Este cenário implicará o aumento das incapacidades e da duração dos tratamentos, ao mesmo tempo que se antecipa um aumento da despesa para a terceira idade e para os acidentados.

O impacto da redução dos benefícios ao nível do transporte de doentes não urgentes é também suportado pelo

Observatório Português dos Sistemas de Saúde quando no seu relatório afirma que “Há múltiplos indícios de que o empobrecimento dos portugueses, associado à extensão e aumento substancial das “taxas moderadoras”, e a dificuldade crescente com os transportes, dificultam o acesso aos cuidados de saúde de muitos utentes”¹¹.

Em 2013 é necessário que os diversos atores, de forma construtiva e aberta, debatam e construam soluções, procurando inovar e endereçando de forma mais efetiva as condicionantes económicas que o país atravessa. Como afirma César Silva “No atual estado do país, é obrigação de todos focarmos-nos em encontrar soluções e não em enfatizar problemas”¹².

Em 2013 é previsível que as autoridades do SNS aprofundem o estudo para a externalização de serviços de patologia clínica e radiologia de alguns hospitais EPE, embora não seja previsível que ao longo do ano se concretize alguma transação. É também expectável que o Estado avance para um estudo sobre a reforma do modelo de financiamento da MFR e procure centralizar as compras, com preços diferenciados por região, para a gastroenterologia, fisiologia e patologia clínica.

¹⁰ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Henrique Soudo, 2012

¹¹ Relatório de primavera 2012 – Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Considerações finais p.202

¹² Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, César Silva, 2012

6.

Gestão do capital humano na saúde

À procura de uma missão



“Não há bons gestores no setor privado e maus gestores no setor público, há bons e maus gestores no setor público e privado! O que encontramos quando chegamos ao setor público são gestores desmotivados.”

Apresentação painel de especialistas desafios de saúde
2013 PwC, Vasco Luís de Mello, 2012



A evolução da sociedade marca de forma significativa o ambiente de mercado no setor da saúde e necessariamente a forma como gerimos o capital humano no setor. A atuação do setor centra-se hoje na manutenção da saúde, ou seja, no trabalhar para garantir a ausência de doença nas populações. Tende a ser abandonada a perspetiva centrada na doença e desta forma se alarga significativamente a abrangência de atuação do setor.

Em alinhamento com esta tendência, o envelhecimento da população associado à evolução tecnológica bem como às alterações na forma de organização das famílias, trazem novas necessidades – maior incidência de doenças crónicas, maior necessidade de cuidados

continuados, maior diversidade de interações do utente com o sistema de saúde.

Quais as implicações de contexto com relevância para a gestão de capital humano a ter em atenção?

A primeira dimensão a considerar passa pela necessidade de ter uma visão mais sistémica do caminho a percorrer para alcançar a ausência de doença, dando maior relevância à educação e prevenção para a saúde, aos cuidados primários e os cuidados continuados. Esta evolução afasta-se da visão mais tradicional muito centrada nos cuidados prestados pelos hospitais e implica necessidades de novos tipos de competências.

A maior sofisticação técnica e tecnológica em resposta a uma maior complexidade nas doenças conduziu a uma intensificação dos níveis de especialização. Por outro lado a necessidade de intervenção de vários especialistas em cada momento da relação do utente com o sistema implica a construção de equipas cada vez mais multidisciplinares.

Uma segunda dimensão deriva diretamente do cumprimento do objetivo máximo de assegurar a ausência de doença sendo assim cada vez mais importante detetar precocemente as necessidades de intervenção ao longo da vida dos utentes. Por outro lado, as sucessivas interações – constituídas

Gestão do capital humano na saúde

À procura de uma missão

A modernização da gestão do capital humano no setor da saúde anda a par do próprio contexto de definição da nova missão para a saúde em Portugal.

por diferentes exames, diagnósticos e intervenções – carecem de uma gestão caracterizada por uma visão centralizada e holística do equilíbrio da saúde do utente. Este ponto não só realça a importância de ter sistemas de apoio a esta gestão como apela a novas competências dos profissionais de saúde e à capacidade de as refletir a vários níveis – especializados e generalistas.

A terceira dimensão prende-se com a enorme pressão para um controlo financeiro que permita a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Esta necessidade vem apontar para uma noção clara do contributo de cada prestador de cuidados de saúde na cadeia de valor, aliado a uma capacidade para se integrar com outros níveis mais generalistas, para uma definição clara do padrão de serviço prestado por cada interveniente. O controlo do padrão dos serviços prestados permitirá evitar sobreposições entre prestadores de cuidados de saúde e, em simultâneo, evitar a ausência de cuidados a prestar.

Desafios da gestão de pessoas num setor de saúde à procura de uma missão

Na procura de consolidar uma nova missão para o sistema da saúde, é fundamental não esquecer que a implementação de qualquer tipo de medida de reforma se torna impraticável sem endereçar os desafios de gestão de capital humano associados.

Para cumprir uma missão é importante motivar as pessoas envolvidas no processo, dando indicações claras sobre a visão e estratégia a seguir, que permitem conduzir os destinos de um grupo de pessoas, organização ou setor em determinada direção. E a primeira questão fundamental que se pode colocar é como motivar o capital humano – os profissionais especializados e qualificados no setor da saúde – para o cumprimento de uma missão que o próprio setor ainda não definiu para si?

A resposta complexa a esta questão não impede que tenhamos de continuar, no dia a dia, a gerir pessoas e a endereçar os desafios de capital humano. Ou seja, a modernização da gestão do capital humano no setor da saúde anda a par do próprio contexto de definição da nova missão para a saúde em Portugal.

Neste contexto importa elencar quais os principais desafios da gestão de pessoas num setor de saúde à procura de uma missão.

E estes desafios estão diretamente relacionados com:

Como poderemos apoiar cada um dos profissionais de saúde no encontrar da sua própria missão e posicionamento ao longo da cadeia de valor do setor e nos diferentes prestadores de cuidados de saúde?

Em primeiro lugar importa contribuir para o processo de valorização dos profissionais na saúde, em particular no setor público. Para tal, será fundamental alcançar os objetivos de consolidar um sistema mais sofisticado de gestão da saúde, que aborde o tema de forma sistémica e mais orientada para a prevenção da doença, integrando de forma coerente as funções dos diferentes prestadores de cuidados de saúde.

Neste contexto, reforçar o papel dos sistemas de cuidados de saúde primários contribuirá grandemente para aliviar a pressão que atualmente existe sobre as unidades hospitalares no SNS e, em simultâneo, reposicionar os profissionais de saúde ao longo de toda a cadeia de valor.

Por outro lado, será fundamental reconhecer e trabalhar o tema de uma natural inexistência de um padrão universal de prestação de serviços, consequência dos desafios estruturais de conceção da cadeia de valor e coordenação da prestação dos cuidados de saúde, aliados a uma tradicional rivalidade entre os profissionais de saúde e entre os diferentes prestadores

de cuidados. Reformular este padrão universal de prestação de serviços no setor da saúde e torná-lo coerente e integrado em toda a cadeia de valor dará um contributo fundamental na valorização dos profissionais de saúde e no seu próprio encontrar de missão e posicionamento no setor.

De que forma poderemos potenciar o desenvolvimento de competências nos profissionais de Saúde, de forma a apoiar o reforço do seu posicionamento ao longo da cadeia de valor do setor da Saúde? E que tipo de formatos de desenvolvimento de competências podem ser encontrados para responder às novas necessidades de qualificação?

Num setor em que os profissionais têm e devem ter elevado grau de especialização de competências mas em que o quotidiano e funcionamento das instituições os obriga a uma multidisciplinidade de atuações generalistas, será relevante repensar o equilíbrio de formação inicial e complementar que permita dar resposta às exigências e desafios de um setor de saúde integrado e orientado para a prevenção da doença.

Por outro lado, num setor em que as competências são adquiridas muito com base em experiência e maturidade profissional, repensar os formatos de desenvolvimento de competências será fundamental para equilibrar o tipo de conteúdos e as necessidades de treino imediato e *on the job* associadas a esta formação.

O mercado da educação de profissionais de saúde terá de refletir as mudanças no setor e procurar um equilíbrio claro entre formação especializada e generalista (ou multidisciplinar) e evolução de competências técnicas, especializadas e comportamentais associadas ao novo modelo de relação com o utente para a promoção de saúde ou seja a ausência de doença.

Como adequar os sistemas de avaliação de performance dos profissionais de saúde aos desafios do setor, à missão que se procura atualmente para os sistemas de saúde e ao próprio posicionamento dos profissionais ao longo da cadeia de valor?

No fim do processo de reflexão sobre gestão e motivação de pessoas no setor da saúde encontra-se o tema da promoção de sistemas de remuneração dos profissionais de saúde associados ao mérito e à *performance*. Como qualquer outro tipo de profissional, os profissionais de saúde necessitam de ser motivados com base em reconhecimento assente em incentivos de *performance*.

Objetivos de sistemas *pay for performance* (P4P) no setor da saúde

1	2	3	4
Discriminar as práticas e resultados excelentes por comparação aos que não são, contribuindo para uma cultura de meritocracia e elevação dos standards de serviço no setor	Motivar para a melhoria do desempenho profissional, com base na medição objetiva de resultados alcançados em diferentes dimensões	Ser um instrumento de gestão por incentivos, constituído por medidas e indicadores de standards de serviço que afetam diretamente o sistema de compensação dos profissionais de saúde	Contribuir para o aumento do vínculo de compromisso dos profissionais com o setor, mediante vinculação a riscos financeiros. Estes riscos aumentam ou diminuem consoante os objetivos negociados e assumidos, em parte, pelos próprios profissionais.

Fonte: PwC¹

¹ Diez Temas candentes de la Sanidad Espanola, PwC, 2012.

Gestão do capital humano na saúde

À procura de uma missão

Os chamados modelos de *pay for performance* na saúde terão como principais objetivos:

Fatores críticos de sucesso da implementação de sistemas *pay for performance* (P4P) no setor da saúde

1	Definição clara do conceito de boa ou má performance	Alicerçado e assente num sistema de Saúde com <i>standards</i> universais de prestação de cuidados ao longo de toda a cadeia de valor
2	Equilíbrio no que respeita a integrar objetivos de eficiência e volume de atividade e qualidade associada à mesma	Falta de consenso de decisão e atuação sobre o tipo de medidas que são necessárias para suporte a este sistema
3	Flexibilidade das medidas para adaptação ao contexto e diferentes realidades do setor	Menor flexibilidade no que respeita à gestão de custos de entrada no sistema e de reflexão acerca de incentivos que não económicos

Fonte: PwC²

² Diez Temas candentes de la Sanidad Espanola, PwC, 2012.



Não sendo tarefa simples, a implementação de sistemas de remuneração da performance como estes incorpora um conjunto de fatores críticos de sucesso que são relevantes destacar:

Uma agenda de intervenção para o setor da saúde

Vivendo num momento de relativa incerteza e indefinição em relação à nova missão e posicionamento do setor da saúde, importa no entanto recordar que há coisas que é possível ir fazendo para cumprir o desígnio de gerir pessoas neste contexto.

Aos líderes dos prestadores de cuidados de saúde cabe a missão de interligar o sistema e decisões a montante e a jusante, contribuindo para o conceito de promoção da saúde. Serão estes os arquitetos de um novo modelo de reflexão sobre o contributo de cada uma das funções dos profissionais do setor da saúde na nova cadeia de valor do sistema e para o redesenho funcional e organizacional que daí terá de derivar.

Às chefias das equipas nos prestadores de cuidados de saúde, é pedido um novo olhar sobre os perfis de pessoas de que necessitam e como procurar as novas competências nos seus profissionais e formatos eficazes e menos onerosos de as desenvolver.

Aos profissionais de saúde enquanto indivíduos com um papel no sistema, cabe olhar para dentro e conhecer-se bem para perceber onde tem as melhores competências para aplicar na nova cadeia de valor do sistema de saúde. Definir bem o papel de cada um e descobrir o melhor papel para o eu/indivíduo, será fundamental para consolidar a nova missão para o setor da saúde.

Só com uma agenda desta natureza, aliada ao definir da nova missão do setor da saúde, se poderá alcançar o objetivo de modernizar a gestão de pessoas no setor e valorizar os profissionais a ele associados, motivando e criando compromisso para os desafios de futuro.

Implicações

- **Definir a missão do sistema** – para se definir a missão da gestão do capital humano.
- **Valorizar o capital humano no desafio da transformação do sistema** – não esquecer que a implementação de qualquer tipo de medida de reforma se torna impraticável sem endereçar os desafios de gestão de capital humano associados se poder definir a missão da gestão do capital humano.
- **Redefinir as competências de cada profissional** – para melhor interpretarem as suas novas funções num sistema com novos desafios e com uma nova missão.
- **Motivar as pessoas** – introduzindo incentivos alinhados à nova missão do sistema e estimulando a integração de cuidados e ao trabalho em equipas multidisciplinares.

Como qualquer outro tipo de profissional, os profissionais de saúde necessitam de ser motivados com base em reconhecimento assente em incentivos de performance.



7.

Investigação, desenvolvimento e inovação

Aposta estratégica
no desenvolvimento
da saúde

*“Um dos objetivos é colmatar a
inexistência de lei sobre ensaios
clínicos em geral.*

*... por termos consciência das
lacunas que existem... vamos
introduzir normas no sentido
de obrigar a que o processo de
aprovação seja mais rápido, de
maneira a que o tempo entre a
proposta de ensaio e o seu início
não seja superior a dois meses.”*

Francisco Leal da Costa, Secretário de Estado Adjunto
e da Saúde, RTP Informação, 25 de fevereiro de 2012





Se for analisada toda a cadeia de investigação e desenvolvimento (I&D) de um novo medicamento, são necessários, em média, cerca de 10 anos de investigação e largas centenas de milhões de euros até se ter sintetizado uma nova molécula.

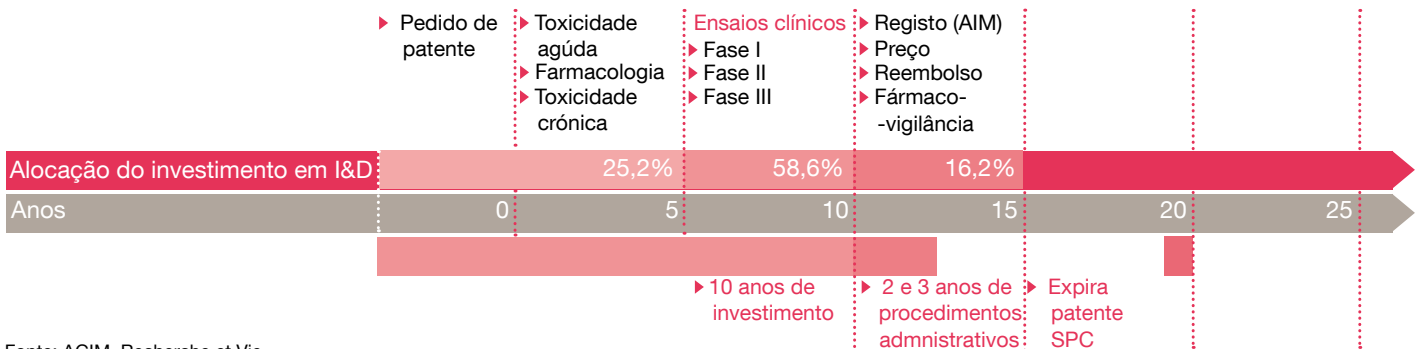
A atividade de investigação compreende a utilização de um método científico para procurar uma resposta a uma pergunta claramente formulada. No âmbito da investigação em saúde, podemos endereçar o tema da investigação básica (centrada no laboratório), a investigação aplicada clínica (centrada no doente) ou a chamada investigação de translação, que interliga as duas primeiras.

O impacto da investigação clínica na indústria farmacêutica é elevado tendo em conta o investimento inerente a todo o processo de desenvolvimento de um novo medicamento. De facto, se for analisada toda a cadeia de investigação e desenvolvimento (I&D) de um novo medicamento, são necessários, em média, cerca de 10 anos de investigação e largas centenas de milhões de euros até se ter sintetizado uma nova molécula. Toda a cadeia de valor até se chegar a um novo medicamento passa por várias etapas, ensaios, intervenientes e decisores.

Investigação, desenvolvimento e inovação

Aposta estratégica no desenvolvimento da saúde

Fases do processo de I&D de um medicamento



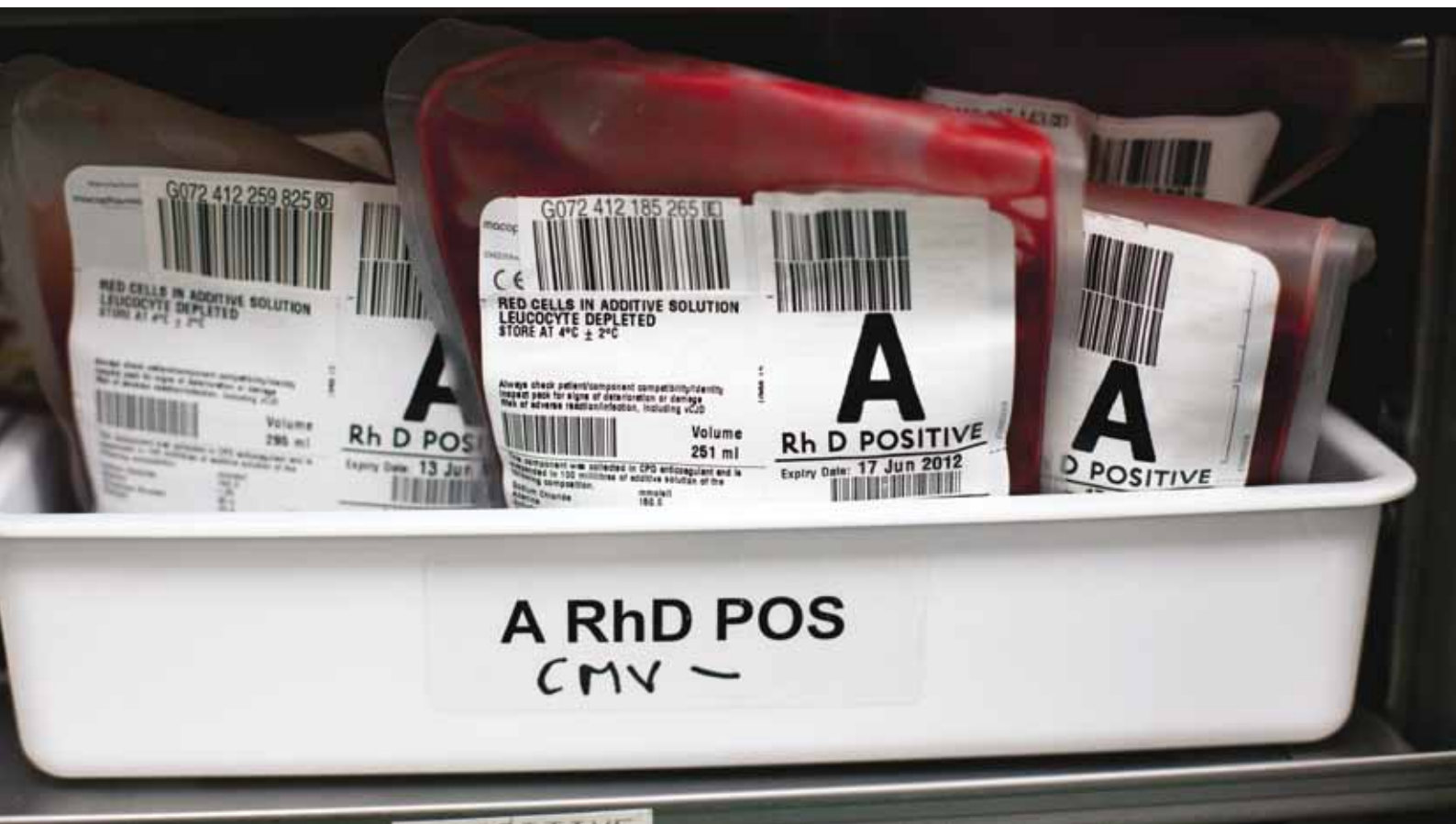
Fonte: AGIM, Recherche et Vie

Desde 2008, tem-se denotado um decréscimo progressivo do número de ensaios clínicos em Portugal, essencialmente devido a fatores como a burocracia excessiva na aprovação dos ensaios clínicos em prazos ditos razoáveis e a falta de condições para a realização dos ensaios clínicos nas unidades de saúde.

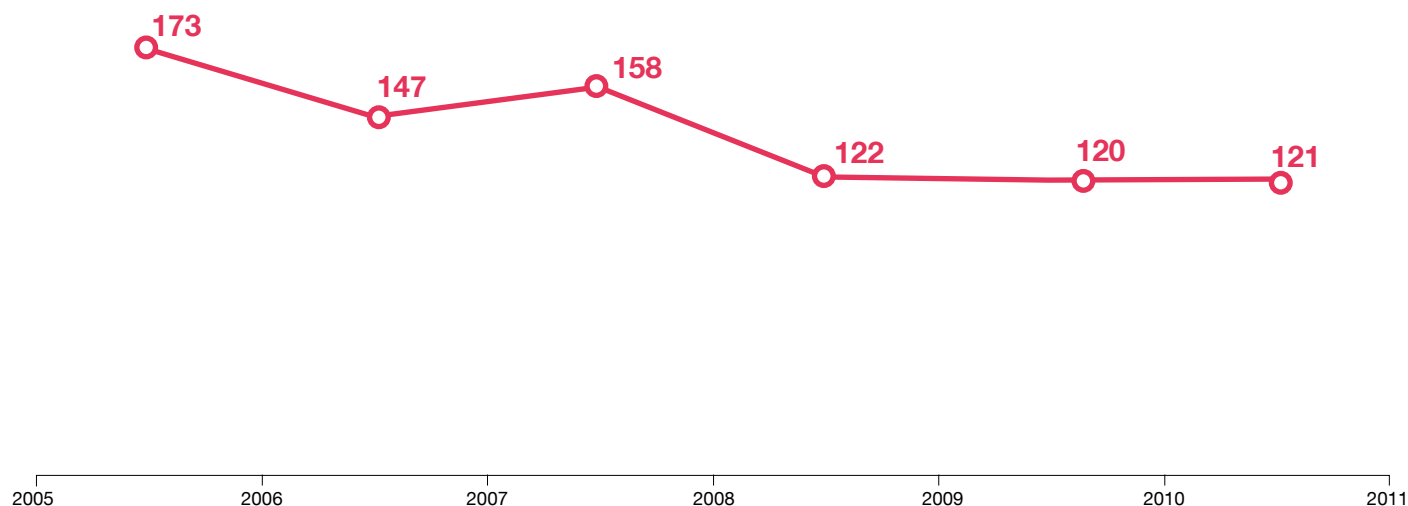
Relativamente a estas, apontam-se as seguintes razões¹:

- inexistência de uma política de investigação clínica integrada;
- reduzida formação em metodologias de investigação;
- ausência de unidades orgânicas com equipas estruturadas;
- infraestruturas de suporte débeis.

¹ "Investigação Científica e Plano Nacional de Saúde", João Lobo Antunes, julho de 2010



Nº de ensaios clínicos submetidos por ano em Portugal



Fonte: CEIC

Efetivamente, em Portugal, um ensaio clínico pode demorar cerca de quatro meses a ser aprovado (em contraste com por exemplo, três semanas em França, Canadá ou Suíça), essencialmente devido ao tempo decorrido entre a data de submissão do pedido de realização do ensaio clínico até à emissão do parecer final pela CEIC (Comissão de Ética para a Investigação Clínica), em particular devido à solicitação (considerada muitas vezes desadequada) de pedidos de elementos complementares que justifiquem a realização do ensaio.

O papel do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na alteração desta realidade torna-se fundamental. O SNS como “executante” no processo de I&D deverá fazer pressão para que a definição de prazos limite para a aprovação dos ensaios clínicos e a agilização de processos por via de alterações legislativas adequadas, sejam as medidas a estabelecer com maior prioridade. A definição de políticas estáveis para o setor e para a elaboração de uma estratégia nacional concertada e estruturante tornou-se um imperativo a curto prazo.

Com o objetivo de tornar a investigação clínica mais transparente, ficando a sua informação, com especial interesse para doentes e profissionais de saúde e globalmente acessível, desde 22 de

março de 2011, a informação sobre os ensaios clínicos com medicamentos de uso humano que estão em curso na União Europeia está acessível a todos os cidadãos europeus a partir do portal Registo de Ensaio Clínicos da União Europeia e, mais recentemente, através da rede internacional de registos de Ensaio Clínicos da Organização Mundial de Saúde (WHO).

De igual forma, na sequência da identificação de problemas e constrangimentos à realização de Ensaio Clínicos com medicamentos em Portugal, em 2010, foi criado o Portal Nacional de ensaios clínicos (PNEC). Este portal resulta de uma parceria estabelecida entre o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. e diversas entidades envolvidas na realização de ensaios clínicos em Portugal: centros de ensaios, promotores e CROs (*contract research organisations*). A PNEC visa incrementar a quantidade de ensaios clínicos realizados em Portugal e, simultaneamente, contribuir para a observância dos mais elevados padrões de qualidade.

Prevê-se também a publicação de uma nova legislação sobre ensaios clínicos cujas diretrizes tenham reflexos já em 2013, nomeadamente no que se refere à agilização dos processos necessários.

Vantagens e benefícios dos ensaios clínicos



Fonte: Ensaios clínicos, a perspetiva da indústria farmacêutica, Paula Jesus, APIFARMA, março 2012

O **paradigma da saúde** também está a mudar. Segundo Maria João Queiroz², “agora tratam-se mecanismos e não doenças, pelo que o tratamento deverá agora passar a ser realizado de forma mais focada (grupos de pessoas com características específicas ou doenças raras) e não de forma massiva”. Assim, a indústria farmacêutica está a alterar a forma como se posiciona no mercado. O desenvolvimento deste tipo de medicamentos, que são mais complexos e mais dispendiosos de produzir, transportar e administrar, requerem um novo e diferente modelo de negócio. A personalização de um novo tratamento implicará portanto, um desenho específico para os ensaios clínicos associados.

Este tipo de avanços científicos e tecnológicos necessitará de um processo de colaboração massivo entre todos os atores da indústria farmacêutica, mas

que certamente resultará na alteração do modelo de desenvolvimento atual, que será reduzido nas suas quatro fases atuais. Uma empresa, desta forma, administrará o tratamento a um único paciente, que terá sido selecionado pelo seu perfil médico adequado para aquele objetivo. Assim que existirem evidências de que o tratamento não resulta em efeitos adversos, seguem-se os testes a um grupo alargado de pacientes (entre 20 a 100). Os resultados gerados serão comparados com os dados decorrentes do modelo criado (que precedeu o estudo) e sujeitos a várias técnicas de análise no sentido de adaptar o estudo em curso, caso necessário.

² Apresentação painel de especialistas desafios da saúde 2012, PwC-EGP, Maria João Queiroz, 2011



Uma das formas de Portugal estar também cada vez mais alinhado com esta mudança de paradigma, será através do reforço no investimento em **investigação de translação**, método de trabalho que pressupõe o desenvolvimento de novos produtos, serviços e/ou soluções com base na informação que vem essencialmente dos pacientes. De certo modo, resulta da combinação de investigação básica e de investigação clínica.

Pretende-se desta forma, fazer investigação *“from bedside to bench and back again”*³ de um modo pluridisciplinar onde interagem diversos atores e áreas de conhecimento. Perspetiva-se assim que o desenvolvimento de qualquer medicamento seja bastante mais célere que o atual e que sirva de forma mais assertiva as necessidades reais dos pacientes.

Na definição do *National Institute of Health* (NIH)⁴, este tipo de investigação consiste em aplicar descobertas básicas à prática clínica e promover a adoção das melhores práticas em comunidade.

Em anos recentes, a investigação de translação foi assumida, nos EUA e em diversos países europeus, como uma área prioritária de investimento, tendo em vista a melhoria da saúde das populações, mas também a obtenção de mais-valias a nível económico. Em Portugal, esta modalidade de investigação também se poderá assumir como a melhor para servir os objetivos de um Plano Nacional de Saúde. Contudo, é o tipo de investigação que possivelmente se encontra em fase mais incipiente em Portugal, devido essencialmente a causas como a falta de investigadores qualificados, a falta de articulação e fragmentação das

infraestruturas, ausência de material clínico e bases de dados fidedignas. A falta de **valorização da investigação clínica** na carreira hospitalar é também uma das causas que poderá contribuir para a ineficiência do processo de investigação. O papel do médico cientista tem vindo a ser cada vez menos valorizado e a diminuição de médicos investigadores justifica-se perante o cenário atual.

A falta de valorização da investigação clínica na carreira hospitalar é também uma das causas que poderá contribuir para a ineficiência do processo de investigação.

³ In <http://healthportugal.com/Quem%20somos/projetos>

⁴ Estados Unidos da América

Investigação, desenvolvimento e inovação

Aposta estratégica no desenvolvimento da saúde

Para além dos motivos atrás referenciados é de salientar também a fraca recompensa académica e o pouco tempo disponível para atividades de investigação.

Deste modo, a promoção da competitividade portuguesa nesta área deverá também passar pela valorização dos investigadores clínicos portugueses na carreira hospitalar, essencialmente pela via do reconhecimento do trabalho desenvolvido na área de investigação, através da atribuição de uma classificação bonificada ao seu desempenho enquanto profissional de saúde. Garante-se desta forma, um *pipeline* de produtos a ser desenvolvidos em Portugal por profissionais especializados que já são reconhecidos pela sua qualidade a um nível global, contrariando desta forma a tendência de se alocar investigação clínica em países como a Índia ou a China⁵.

De igual forma e segundo Luís Portela⁶, “as empresas em Portugal também necessitam que existam incentivos para atrair Doutores e Mestres às empresas, nomeadamente no que se refere à comparticipação do Estado na remuneração destes profissionais. Esta medida contrariaria a realidade observada atualmente onde apenas 20% dos investigadores em Portugal trabalham em empresas e 80% no Estado. Nos EUA, que ganhou quota de mercado à indústria europeia, estes números estão invertidos”.

Em Portugal, foi criado o Health Cluster Portugal (HCP), polo de competitividade que tem apostado na aproximação entre centros de investigação e empresas. No HCP estão já a ser desenvolvidos projetos que visam dar um contributo decisivo para a criação de um ambiente propício para o surgimento ou desenvolvimento de projetos de investigação de translação e para a consequente exploração ou valorização dos seus *outputs*.

⁵ Pharma 2020: Challenging business models - Which path will you take?, PwC, abril 2009

⁶ Apresentação painel de especialistas desafios da saúde 2013, PwC, Luís Portela, 2012



Exemplo disso é o projeto Do IT (Desenvolvimento e Operacionalização da Investigação de Translação) que visa o desenvolvimento de estratégias e modelos organizacionais de investigação de translação aplicáveis nas entidades que integram a cadeia de valor nacional da saúde (empresas, instituições de I&D e hospitais) bem como o desenvolvimento de produtos e serviços inovadores e competitivos para o mercado global da saúde.

Neste âmbito, será de novo de realçar a atuação do SNS na promoção de inovação em Portugal, agora como **“autor” no processo de I&D**. Efetivamente, o SNS poderá ter um papel fundamental na promoção da investigação em saúde, ao nível da investigação de translação, dos ensaios clínicos ou dos estudos epidemiológicos, se efetivamente tiver definida uma agenda nacional para a investigação em saúde suportada por recursos financeiros adequados.

Outro aspeto que terá importantes reflexos na agilização do processo de investigação é a criação de registos nacionais de certas patologias, não necessariamente só as mais comuns e bancos de material biológico, que satisfaçam as necessidades do investigador. Neste enquadramento, prevê-se que a existência de biobancos, como o Biobanco-IMM (Biobanco do Instituto de Medicina Molecular, Centro Académico de Medicina de Lisboa) tenha um impacto muito positivo nas necessidades de I&D na saúde⁷.

⁷ Apresentação painel de especialistas desafios da saúde 2013, PwC, João Eurico Fonseca, 2012

Neste sentido apela-se à cidadania científica⁸ onde o cidadão terá um papel cada vez mais relevante na investigação biomédica e num contexto mais alargado de responsabilidade social. A adesão a este apelo exprimirá um conceito mais amplo de compromisso e de participação cívica e representa uma verdadeira relação entre ciência e sociedade.

⁸ Apresentação painel de especialistas desafios da saúde 2013, PwC, Jorge Soares, 2012

Implicações

- **Assegurar políticas de I&D na saúde que sejam sustentáveis e estáveis** – permitindo aos gestores melhorar as expectativas e reduzir as incertezas de natureza macro. A racionalidade da decisão de investimento está associada à estabilidade do contexto onde ele se efetua. Por outro lado, falar em I&D na saúde não é falar em despesa mas sim em fonte geradora de receitas adicionais para os profissionais, para as unidades de saúde, para o Estado e para o país em geral.
- **Priorizar e estimular a investigação clínica aplicada no SNS** – tornando esta atividade uma contribuinte ativa na melhoria direta da prestação de cuidados e geradora de receitas. É importante reforçar a intervenção do SNS em qualquer das suas funções potenciais: autor, executante e utilizador de IDI. A promoção da investigação aplicada em saúde no SNS é aquela que a curto prazo poderá ser a mais efetiva.
- **Acelerar a atualização da legislação** – a nova legislação sobre ensaios clínicos é há muito esperada. Perspetiva-se que já em 2013 a agilização dos processos inerentes às novas diretrizes tenham os reflexos que permitam que a investigação clínica seja mais ágil e competitiva.
- **Definir prazos máximos para a aprovação dos ensaios clínicos** – poderá ser a medida com maior reflexo nos resultados de empresas farmacêuticas em 2013. Para o efeito deverá haver uma descentralização dos órgãos existentes, através da constituição de Comissões de Ética Regionais (em sintonia com a CEIC).
- **Incentivar os investigadores nas unidades de saúde** – o incentivo às unidades de saúde deve estar alinhado como o incentivo aos investigadores, criando por exemplo protected time para a atividade de investigação. É importante valorizar a investigação clínica na carreira hospitalar.
- **Alavancar a atividade dos biobancos** – os biobancos são uma realidade com resultados comprovados que permitem o aumento da eficiência do processo de investigação, contudo necessitam de garantir uma diversidade de coleções de amostras biológicas provenientes de dadores saudáveis.



8.

Financiamento da saúde Público e privado em mudança

“O verdadeiro homem mede a sua força, quando se defronta com o obstáculo.”

Antoine de Saint-Exupéry





O contexto do mercado dos financiadores privados

De acordo com Carlos Coutinho¹, contrariando a tendência global do mercado de seguros que está em contração, o mercado de seguros de saúde continua a crescer, embora com uma taxa de crescimento mínima, algo expectável considerando o contexto do país. A estrutura concorrencial mantém-se relativamente estável, com duas das principais seguradoras a deterem mais de 50% de quota de mercado.

Em 2012, o veículo de prestação de cuidados de saúde do Grupo CGD, a HPP Saúde, foi vendida ao Grupo AMIL. Esta por sua vez foi adquirida pela UnitedHealth, uma das principais acionistas da AdvancedCare. No futuro próximo, será importante verificar os movimentos de articulação vertical e horizontal que irão surgir para acomodar a entrada deste novo ator no mercado português e se, de facto, foram incorporados no mercado português novas formas concorrenciais.

50%

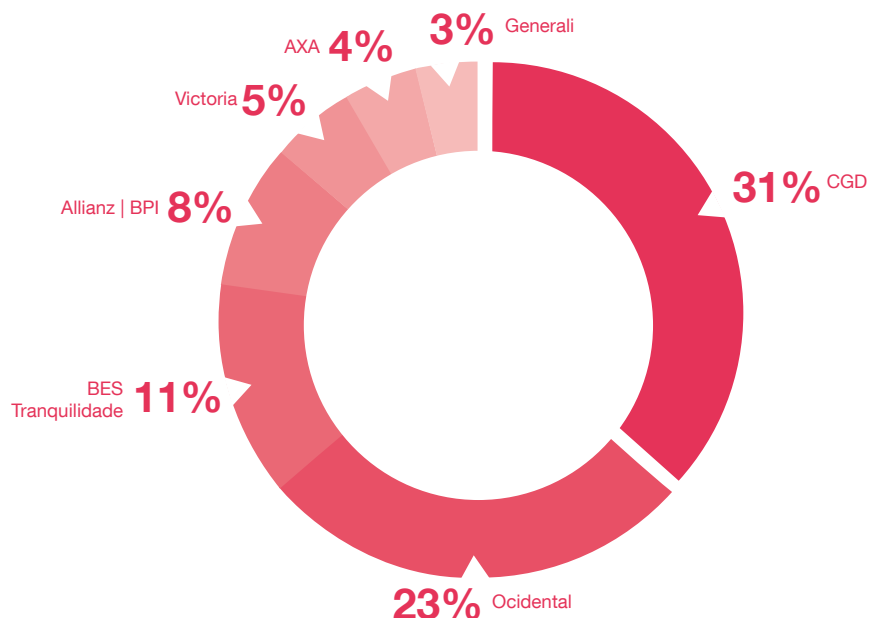
A estrutura concorrencial mantém-se relativamente estável, com duas das principais seguradoras a deterem mais de 50% de quota de mercado.

¹ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Carlos Coutinho, 2012

Financiamento da saúde Público e privado em mudança

Desafios dos Pagadores Privados

Estrutura mercado de seguros de saúde

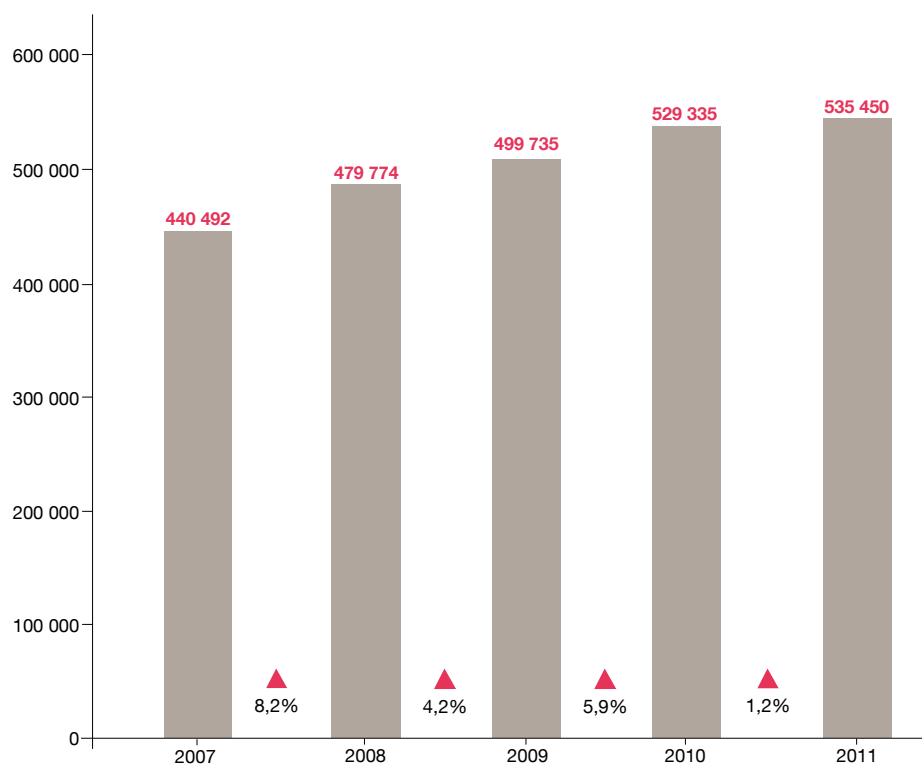


A instabilidade introduzida no SNS na sequência da implementação das medidas previstas no Memorando de Entendimento (MdE) com a troika tem funcionado como uma janela de oportunidade para os financiadores privados. Adicionalmente, face à tendência de queda do rendimento disponível das famílias, os financiadores privados têm alterado parte da sua oferta, tornando-a mais simples e barata. Alguns financiadores privados têm optado por oferecer soluções mais focalizadas no risco, em alternativa ao consumo.

No segmento dos particulares, as seguradoras enfrentam não só o desafio da redução do rendimento disponível das famílias, como também a redução das deduções e benefícios fiscais, anteriormente associados aos seguros e à prestação de cuidados de saúde. No segmento empresarial, as negociações das apólices tendem a manter o mesmo prémio mas com um ajuste em baixa dos benefícios dos planos. Por outro lado, a redução do nível de atividade económica também se reflete na disponibilidade e possibilidade das empresas em oferecer o benefício de seguro de saúde dos seus trabalhadores.

Com a previsão de um crescimento anémico do valor do mercado de seguros de saúde em 2013, se não mesmo a estagnação, o nível de sinistralidade e o facto de já estarem a operar no limite da sua rentabilidade, as seguradoras tentarão reter os seus clientes através da diferenciação, pelo que terão de dar um enfoque particular na relação com o cliente final e na criação de produtos que respondam à redução do rendimento disponível. Conforme afirma Luís Drummond Borges², o controlo de custos da prestação está na primeira linha de prioridades dos pagadores privados, onde se destacam as ações no domínio da consensualização de protocolos e linhas de orientação clínicos com os profissionais clínicos, tornando a prestação mais transparente para o

Mercado de seguros de saúde



Fonte: Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Carlos Coutinho, 2012

² Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Luís Drummond Borges, 2012

**Em 2013, as seguradoras
alterarão a sua
estratégia. Prestadores
e financiadores públicos
também o irão fazer.**

pagador, a análise do perfil de frequência e utilização, bem como iniciativas de deteção de fraude e abusos. Internamente, também existe uma aposta consistente na redução de custos administrativos fundamentalmente através da desmaterialização de processo e melhoria do controlo de qualidade.

Um fator que tem contribuído para a transformação do funcionamento e da oferta dos pagadores privados é a evolução do próprio mercado de prestação privada de cuidados de saúde. Atualmente e como no passado recente, este mercado tem registado um crescimento não só de dimensão, como também ao nível do seu grau de sofisticação tecnológica, organizacional e de prática clínica. A tendência para a concentração dos prestadores privados e o reforço das equipas médicas com profissionais de renome e em dedicação exclusiva a grupos privados de saúde têm contribuído para uma alteração do poder negocial e dos serviços procurados.

Em 2013, as seguradoras alterarão a sua estratégia. Prestadores e financiadores públicos também o irão fazer.

Os gastos com saúde têm vindo a subir não só por razões decorrentes da inovação tecnológica, alterações demográficas ou pelas necessidades reais da população, mas também por alguma ineficiência no interior do sistema. Assim, tal como analisamos em Capítulos anteriores, a despesa de saúde como percentagem do PIB nacional tem vindo a aumentar de forma regular nos últimos anos. Com exceção do ano de 2006, desde 1995 que a despesa total de saúde como percentagem do PIB nacional revela uma tendência crescente, tendo o valor nominal quase triplicado de 4.137 milhões de euros em 1995 para 18,2 mil milhões de euros em 2009.

Quem substituirá o financiamento do Estado que terá obrigatoriamente de gastar menos em saúde? Estarão as famílias, empresas e setor social disponíveis para dar uma contribuição adicional? Ou as famílias arriscarão mais, agravando a sua qualidade de vida e perdendo algum conforto?

Resumindo, qual será a “válvula de escape” num sistema de saúde em contenção? Em nosso entender, em 2013 e nos próximos anos, o regime de financiamento de todo o sistema de saúde irá alterar-se. O mais provável será o abandono de coberturas públicas de forma implícita, que levará ao conseqüente congestionamento (aumento das listas de espera, por exemplo) e a um maior esforço por parte das famílias junto dos prestadores privados. Haverá um aumento de alternativas *low cost* e uma retração de todo o sistema de saúde. As famílias arriscarão mais, e pagarão mais.

Os gastos públicos

Para complicar, além do crescimento da despesa total de saúde assistiu-se, nos últimos anos, a um aumento do peso relativo da despesa pública em saúde no global da despesa em saúde e no PIB, algo que a “troika” obriga a que se reduza.

No período anterior ao MdE, existia alguma possibilidade de aumentar o orçamento público para a saúde, mas o problema de base mantinha-se: as despesas continuavam a crescer a um ritmo superior ao dos ganhos em saúde e à da capacidade de financiamento da economia. A situação era insustentável.

E tanto maior era esta insustentabilidade, quanto maior era o descontrolo da despesa e o decréscimo económico. Talvez por isso, o MdE obrigava e obriga a uma redução nos gastos públicos em prestadores específicos: despesa hospitalar, farmácias, etc., com métricas específicas de gastos.

Financiamento da saúde Público e privado em mudança

Na sequência do MdE, o Governo imprimiu maior racionalidade na orçamentação e controlo nos gastos de saúde.

Neste contexto, as tabelas seguintes sintetizam as medidas públicas que poderão ser implementadas em época de austeridade, de acordo com o relatório da OCDE de 2010 sobre o tema da saúde e tendo em conta as práticas nos outros países.

Políticas macroeconómicas de controlo da despesa

Impacto na despesa				Objetivo e <i>trade-offs</i>		
Políticas	Força	Impacto	Proteção financeira e acesso ao cuidado	Qualidade nos cuidados	Capacidade resposta	Custo/ eficiência
A.1. Controlo de salários e preços (trabalho)	Alta	Curto	Nenhum	Nenhum/ Negativo	Negativo	Positivo
A.2. Controlo de salários e preços (materiais médicos)	Alta	Curto	Nenhum	Negativo	Negativo	Positivo
A.3. Controlo no volume de inputs (trabalho)	Alta	Moderado	Nenhum/Negativo	Negativo	Negativo	Positivo
A.3. Controlo no volume de inputs (investimento)	Alta	Curto	Nenhum/Negativo	Negativo	Negativo	Positivo
A.4. Controlo no volume de outros inputs (medicamentos/ <i>high tech</i>)	Moderada	Curto	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo/ Negativo
A.5. Tetos orçamentais (setoriais e globais)	Alta	Curto	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo/ Negativo
A.6. Alteração dos custos para o setor privado (inclui aumento dos compagamentos)	Moderada	Moderado	Negativo	Positivo/ Negativo	Positivo/ Negativo	Positivo

Políticas macroeconómicas de controlo da despesa

Impacto na despesa				Objetivo e trade-offs		
Políticas	Força	Impacto	Proteção financeira e acesso ao cuidado	Qualidade nos cuidados	Capacidade resposta	Custo/ eficiência
Do lado da procura						
B.1. Prevenção da doença e promoção da saúde	Baixa/Moderada	Duradouro	Positivo	Positivo	Nenhum	Positivo
B.2. Gatekeeping/triagem	Baixa	Duradouro	Positivo	Positivo	Positivo/Negativo	Positivo
B.3. Coordenação integrada de cuidados/autocuidado	Moderada	Duradouro	Positivo	Positivo	Positivo/Negativo	Positivo/Negativo
B.4. Melhor contacto médico-paciente	Baixa	Moderado	Nenhum/Positivo	Positivo	Nenhum/Positivo	Positivo/Negativo
B.5. Acesso a um médico fora de horas para evitar as falsas urgências	Moderada	Duradouro	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Do lado da oferta						
B.6. Maior enfoque nos cuidados ambulatoriais em detrimento dos cuidados hospitalares	Moderada/Alta	Duradouro	Negativo	Positivo/Negativo	Negativo	Positivo
B.7. Promover o papel dos “compradores” de cuidados de saúde	Moderada	Duradouro	Positivo/Negativo	Positivo	Positivo/Negativo	Positivo
B.8. Melhorar os sistemas hospitalares de contratação/ compra/ pagamentos	Moderada	Duradouro	Nenhum	Positivo/Negativo	Positivo/Negativo	Positivo
B.9. Melhorar a independência de gestão	Baixa	Duradouro	Desconhecido	Positivo	Positivo/Negativo	Positivo
B.10. Melhorar os incentivos/ métodos de pagamento	Moderada	Duradouro	Positivo	Positivo	Positivo/Negativo	Positivo
B.11. Antecipar as alterações tecnológicas e o preço dos materiais médicos	Moderada/Baixa	Duradouro	Positivo/Negativo	Positivo/Negativo	Positivo/Negativo	Positivo
B.12. Melhorar o uso da transmissão de informação	Moderada/Baixa	Duradouro	Positivo/Negativo	Positivo	Positivo/Negativo	Positivo/Negativo

Financiamento da saúde Público e privado em mudança

Nos próximos 5 anos são esperadas reformas estruturais no SNS e no sistema de saúde. Contudo, em 2013, será a repressão da despesa e alteração do nível de gastos que serão aplicados, com especial destaque para as medidas de poupança mais imediata.

A repressão na despesa será mais equitativa, mas os ganhos de eficiência e a reforma do setor ainda têm de ser feitas.

As alterações do modelo de financiamento das unidades de saúde do SNS, anteriormente baseados na produção para outro assente nos ganhos em saúde, tal como a Administração do SNS está a promover, farão com que a partilha da repressão da despesa seja mais equitativa. Mas não irá alterar a substância do esforço que tem de ser feito. De facto, até há alguns anos atrás, o financiamento dos hospitais e unidades de cuidados de saúde primários estava assente num modelo baseado nos custos e na produção das diferentes unidades. Quanto maior fosse a produção, mais “dinheiro” era posto na “máquina”. O mecanismo de controlo, apesar de ter alguma sofisticação, era sobretudo baseado em valores históricos não promotores de eficiência. Nos últimos anos, houve uma alteração do financiamento aos prestadores, dentro do unívoco do SNS. O modelo em implementação toma em consideração o estado de saúde dos indivíduos e a contribuição das diferentes unidades prestadoras na cadeia de cuidados de saúde. Mas esse esforço garantiu essencialmente vetores de equidade, não de eficiência. Por exemplo, o maior acesso a consultas nas unidades de cuidados primários traduziu-se também num aumento da prescrição de medicamentos e num aumento da requisição de MCDT, de acordo com as práticas instituídas.

Se dúvidas houvesse que a procura de eficiência tem de ser feita, importa notar que o relatório do OE13 indica que a “trajetória de evolução da despesa ainda

não está alinhada com o nível de receitas disponível (...). Em 2013 o Ministério da Saúde dará continuidade às medidas já implementadas com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS”.

A despesa associada aos seguros

O valor associado à despesa de saúde coberta pelos seguros tem vindo a crescer nos últimos anos, à medida que aumenta o congestionamento do SNS e as famílias se apercebem das vantagens dos prestadores privados. De facto, a utilização dos seguros em algumas áreas, como análises clínicas ou raios x têm subido na ordem dos 20% a 30%. Também o recurso médio às urgências dos hospitais privados cresceu acima dos 20%. O número de internamentos em 2011 subiu 5,8%, traduzindo-se no aumento dos custos de internamento em 13,7%. Preocupante mas também indicativo do que está a acontecer no SNS, foi o aumento de 5% do internamento em oncologia nos hospitais privados e que foi financiado pelos seguros privados.

Para se ter uma pequena ideia dos constrangimentos que as seguradoras estão a registar, reflita-se sobre o facto de que as despesas com sinistros e gestão administrativa representam mais de 95% dos prémios recebidos pelas seguradoras, tendo em conta os últimos números da Associação Portuguesa de Seguradores. O aumento da frequência na utilização dos benefícios previstos nas apólices de seguros irá levar à uma inevitável alteração de estratégia por parte das seguradoras.

Para as famílias, 2013 irá consolidar duas estratégias: o seguro de saúde mantém-se complementar ao SNS, isto é, o seguro cobre as realidades diárias (as idas ao médico devido à gripe, as idas ao dentista e pediatra) e o SNS cobre os casos catastróficos; ou o seguro de saúde substitui completamente o SNS, oferecendo uma cobertura total e paralela.

O valor associado à despesa de saúde coberta pelos seguros tem vindo a crescer nos últimos anos, à medida que aumenta o congestionamento do SNS e as famílias se apercebem das vantagens dos prestadores privados.

Face a estas tendências, às seguradoras tenderão a reagir:

- oferecendo produtos com uma cobertura maior em termos de consumo (e menos de risco), apostando em cartões de desconto e de acesso a redes de prestadores, ou;
- oferecendo produtos com elevadas coberturas e de verdadeiro apoio à doença e ao risco associado.

Mas a conjuntura será implacável

Os rácios de solvabilidade irão impulsionar alterações táticas, levando as seguradoras a adotar políticas mais defensivas:

- aumento dos prémios para as mesmas coberturas ou das limitações nas coberturas;
- aposta na sofisticação administrativa e de combate à fraude. Pressionados pela falta de financiamento e pelas reduções de preços, alguns prestadores, em modo de sobrevivência, tenderão para sobrefaturação e para a indução da procura médica. Caberá às seguradoras corrigir e controlar a produção privada;
- negociação, em baixa, das tabelas de preços com prestadores de média e pequena dimensão, de forma a garantir alguma competitividade no setor;

- promoção do conceito de acesso a cuidados de saúde *low cost* e de fácil acesso e, sem “cross selling” de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- negociação, em baixa, da margem junto dos grandes prestadores que tenderão a controlar o mercado, sem afetar a sustentabilidade destes.

Porém, o maior desafio das seguradoras será o de evitar reduções no nível de serviço dos prestadores privados de cuidados que permitam que se instale uma noção de saúde *low cost* generalizada. Luís Prazeres³ defende que “Não existem produtos *low cost* em Saúde, o que existem são produtos que oferecem comodidade, descontos e apoio emergente, que são vendidos como se se tratassem de seguros de saúde não o sendo. A questão que se coloca é se se está a oferecer proteção e cuidados de saúde ou se se está a oferecer uma ilusão?”, o mesmo defende que, quem não tem rendimento para aceder a um produto de saúde compreensivo, não tem igualmente rendimento para fazer face aos custos com a saúde privada. Adicionalmente, não é possível oferecer de uma forma séria uma cobertura de saúde compreensiva ou mesmo reduzida sem ter um patamar mínimo de financiamento.

O equilíbrio será tanto mais difícil quando se sabe que o Grupo HPP Saúde, um dos três maiores pagadores privados, foi adquirido por um grupo de saúde que aposta numa expressiva segmentação de mercado e na integração entre financiadores e prestadores, algo pouco comum em Portugal e no espaço europeu.

“... A questão que se coloca é se se está a oferecer proteção e cuidados de saúde ou se se está a oferecer uma ilusão?”

Luís Prazeres

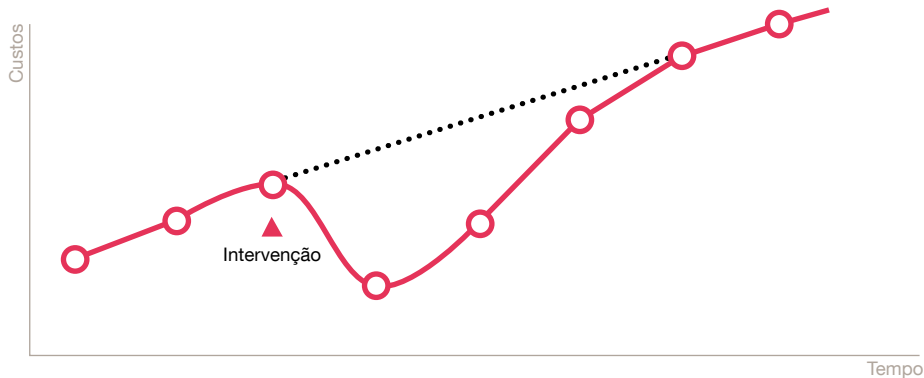
³ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Luís Prazeres, 2012

Financiamento da saúde

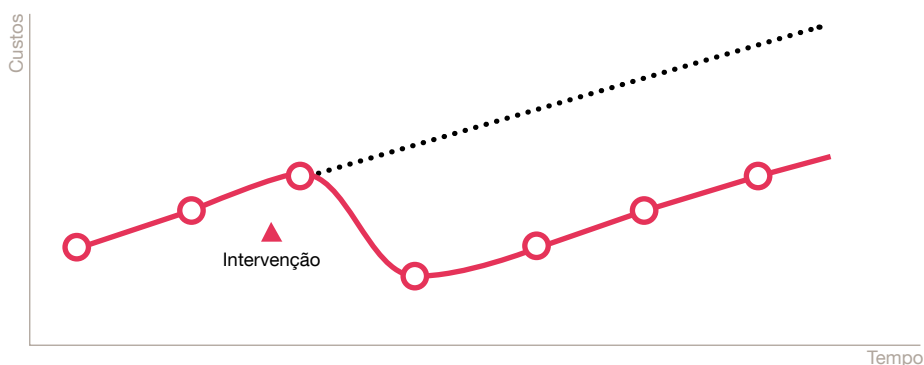
Público e privado em mudança

Três possíveis políticas de despesa em saúde

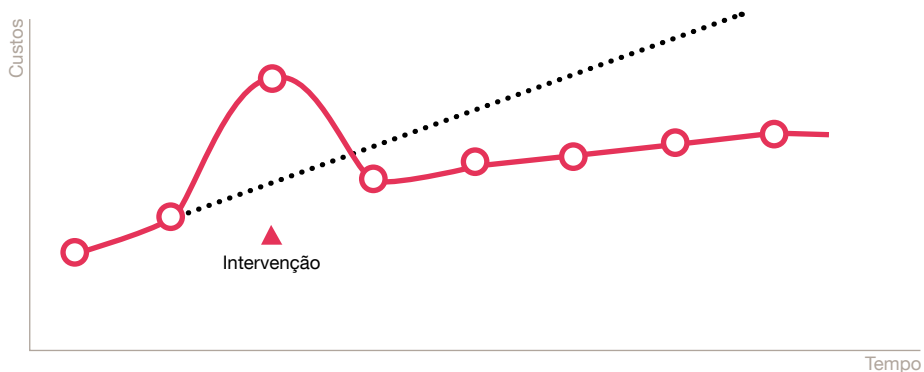
Repressão da despesa



Nível de gastos



Bending the cost curve



Formas de redução dos gastos públicos

Há três formas padrão, de intervenção pública e de controlo da despesa pública. Cada uma delas terá um impacto diferente no ritmo ou no nível de crescimento da despesa em saúde. O diagrama sintetiza as três alternativas. A linha a tracejado representa o cenário base – de não intervenção, as linhas a cheio revelam o impacto nos custos depois dos três tipos de intervenção distinta.

- **Repressão da despesa** – no primeiro cenário há alguma contenção da despesa por congelamento de investimentos, ou pelo controlo apertado dos preços ou da produção de saúde. Contudo, no final deste período de austeridade e de repressão da despesa, os valores de custos convergirão para o cenário base a um ritmo acelerado.
- **Alterações do nível de gastos em saúde** – no segundo cenário, as autoridades são capazes de manter a redução dos gastos de saúde, mas não do seu ritmo de crescimento. Exemplos destas medidas poderão ser a redução administrativa dos salários ou da margem dos medicamentos, ou mesmo de redução de coberturas.
- **Alterações do ritmo de crescimento da despesa (*bending the cost curve*)** – no terceiro cenário, os governos investem em novas políticas desenhadas para reduzir a despesa de médio-longo-prazo. Tratar-se-á de um investimento, que no curto prazo, aumentará o valor da despesa mas no futuro, permitirá a redução da mesma de forma sustentável e mais duradoura.



Implicações

- **Dinâmica do mercado** – o mercado vai manter a sua dimensão mas a sinistralidade irá aumentar. A situação de crise que se vive fará com que as famílias, por razões de segurança, façam o esforço de manter a sua apólice, mesmo com algumas alterações nas coberturas para proteger os membros da família em maior risco.
- **Produtos** – as seguradoras terão de responder com produtos simples que ofereçam uma cobertura mais alargada e, que melhor respondem às necessidades de segurança das famílias.
- **Controlo de custos** – no rácio receitas/despesas, não há muitas hipóteses de fazer crescer o numerador. A aposta passará por melhorar a eficiência no sentido de reduzir custos internos e da prestação de cuidados.
- **Rentabilidade** – o mercado estará tendencialmente estagnado e a concorrência forçará uma degradação das margens. Os pagadores privados terão de tentar manter os prémios nos produtos rentáveis (particulares) e equilibrar os de margem negativa (empresas).
- **Managed care** – existem expectativas que surjam modelos de prestação com custos controlados e numa lógica não limitada ao financiamento do ato mas à gestão da saúde do segurado.

9.

Prestação privada e social de cuidados de saúde

Ascensão de novos modelos de negócio?

“O pessimista vê dificuldade em cada oportunidade. O otimista vê oportunidade em cada dificuldade.”

Winston Churchill



No passado recente, apesar das críticas à gestão do SNS, à eficiência da prestação das suas unidades de saúde e ao encerramento de alguns serviços de urgências e unidades hospitalares e de cuidados primários, os portugueses percecionavam o nível de acesso aos cuidados de saúde em Portugal em linha com as melhores práticas da União Europeia (UE). De acordo com o Eurostat, apenas 2,5% dos portugueses indicava ter uma necessidade não atendida de exames e tratamentos médicos. Ainda de acordo com o Eurostat, em 2011, apenas 10%

da população portuguesa indicava que o seu estado de saúde estava bom ou muito bom. Assim, é possível concluir: os portugueses têm a perceção que têm uma oferta de saúde com boa cobertura mas querem mais cuidados de saúde!

Deste modo, o desafio será saber como o mercado irá reagir em condições adversas, sem espaço para grande expansão.

Neste contexto, as principais interrogações sobre o mercado financiador privado, em 2013, podem

ser resumidas nas seguintes: que tipo de oferta surgirá em 2013? Continuarão os prestadores privados a compensar as lacunas do SNS? Ou a sua oferta deixará de ser complementar e será de substituição? E os pequenos prestadores, qual será a sua intervenção e peso no mercado? Continuarão estes a “desaparecer do mapa”? Qual será a nova relação entre os grandes grupos e os pequenos e médios prestadores privados? Qual será a natureza da procura privada, em 2013? Os portugueses continuaram a optar por *shoppings* de saúde? Irão os portugueses

Prestação privada e social de cuidados de saúde

Ascensão de novos modelos de negócio?

continuar a preferir ir a uma urgência hospitalar? Irão continuar a preferir grandes unidades com uma oferta global de prestação de cuidados? E quem financiará a prestação privada e em que condições?

A ligação dos portugueses com o SNS

Os portugueses responsabilizam o Estado pelos cuidados de saúde. De acordo o European Social Survey¹, um inquérito anual, independente, realizado junto de diferentes países europeus e organizado por diferentes instituições académicas, cerca de dois terços dos portugueses são da opinião que os cuidados de saúde na doença são da responsabilidade do Estado. Este sentimento é partilhado pelos cidadãos de países semelhantes a Portugal, em termos de PIB e penetração de seguros de saúde.

Da mesma forma, os europeus não abdicam que o Estado olhe pela sua saúde e acreditam que esta é uma das principais responsabilidades de quem os governa.

Em 2007, os portugueses consideravam as questões sobre a “Disponibilidade para encarar alternativas ao atual modelo do SNS” complexas e tinham alguma dificuldade em entender estas questões, de acordo com o relatório final da comissão para a sustentabilidade do SNS. A solução de então, e que ainda hoje se mantém atual, passava por uma maior aposta na literacia e responsabilização dos beneficiários em questões de saúde.

No entanto, não têm sido os apelos dos governantes para a adoção de estilos de vida saudáveis ou para o uso racional dos recursos de saúde que têm moderado o consumo público.

A maior “pedagogia” na utilização dos recursos do SNS e a maior evangelização do mercado de prestadores privados e sociais tem sido a política de repressão da despesa pública e o condicionamento do acesso por restrição direta e pelo aumento das taxas moderadoras. Este facto, tem “empurrado” os portugueses para uma prestação privada, alterando a disponibilidade dos cidadãos em pagar a

¹ European Social Survey, última vaga, 2010



É possível concluir que o cidadão português prefere as grandes unidades hospitalares devido ao seu baixo custo de procura.

prestação de forma direta, bem como a sua visão do que pretendem do Estado.

Mas para onde se desloca a procura dos portugueses, com a repressão da despesa no SNS?

Onde se dirigem os portugueses, face à menor atração do SNS? De acordo com diversos estudos realizados pela PwC, é possível concluir que o cidadão português prefere as grandes unidades hospitalares devido ao seu baixo custo de procura (facilidade de encontrar variabilidade de produtos, preços e satisfação de necessidades) e baixo custo de conveniência (proximidade, transporte e tempo). Na ótica dos cidadãos, essas unidades de prestação de cuidados são muitas vezes encaradas como *shoppings* de saúde: locais onde todos os cuidados de saúde são oferecidos, seja qual for a enfermidade que os aflige.

Quando se apresentam numa unidade de saúde, seja pública ou privada, os utentes têm a expectativa de receber um diagnóstico e prognóstico completo e a consequente terapêutica. Não é apenas pela ineficiência dos cuidados primários

do SNS que os utentes preferem ir às urgências hospitalares. É igualmente pela certeza de ter toda a “questão” resolvida numa única visita à unidade de saúde. Importa também registar a evolução no comportamento do utente de serviços de saúde em Portugal, hoje com um claro comportamento de consumidor.

No futuro próximo, os pequenos consultórios continuarão a ter uma importância vital no sistema, fruto da relação de proximidade médico-utente que neles existe. Contudo, esta vantagem sobre as grandes unidades tenderá a esbater-se à medida que o tempo for passando. Estas saberão criar elos de lealdade entre os utentes e o seu profissional clínico.

De igual modo, as tradicionais clínicas de saúde, de pequena e média dimensão, apenas conseguirão competir devido à facilidade de relacionamento com os seus utentes, sobretudo no caso de relações já antigas com os seus médicos.

As ofertas *low cost* não sendo um novo produto, ganharam um novo impulso com o surgimento de novos tipos de prestadores que adotam essa estratégia. Poderão vir a ganhar mais espaço, mas não deverão afetar a procura dos hospitais privados, nem a dos centros de imagiologia. A oferta *low cost* já há muito que existe. A rede privada convencionada é disso um exemplo, pois atua com preços mais baixos comparando com os praticados pelos novos centros ou redes de pequenas clínicas *low cost*. Este tipo de prestadores só terá sucesso se conseguir competir pelo preço e se tiver um forte apoio das seguradoras na garantia de uma eficaz e célere referência em caso de complicação. É de notar que as seguradoras têm um forte incentivo na criação de maior concorrência no mercado de prestação e sobretudo com menos *cross-selling* de MCDT. As novas redes de pequenas clínicas *low cost* irão, provavelmente, concorrer com o que sobra das pequenas clínicas tradicionais.

O cidadão prefere os *shoppings* de saúde devido ao seu baixo custo de procura e baixo custo de conveniência.



Prestação privada e social de cuidados de saúde

Ascensão de novos modelos de negócio?

Motivações dos portugueses para recurso a determinado tipo de prestador

SNS	Shopping de Saúde (Grande prestador - habitualmente hospital)	Mercearia de Saúde (Pequeno prestador - habitualmente clínica)
Melhores condições em caso de urgência, apesar da morosidade	Menores custos de conveniência (proximidade, transporte e tempo)	Menores custos de psicológicos
Preço	Menores custos de procura, pela facilidade de encontrar variabilidade de produtos, preços e satisfação de necessidades	Menores custos de procura pela facilidade de encontrar variabilidade de produtos, preços e satisfação de necessidades
	Probabilidade de convenção com seguro	

Fonte: PwC

Os prestadores privados tenderão a encontrar fatores distintivos de competitividade

No passado recente, o setor privado tem vindo a registar uma profunda transformação. Estruturalmente é diversificado em termos de dimensão e competências técnicas. Por exemplo, no país, só seis unidades privadas têm mais de 150 camas. Conforme indica Vasco Luís de Mello², existe uma tendência de concentração, levando a que os três maiores operadores representem 75% da faturação global. O mercado hospitalar, com maior concorrência nos principais centros urbanos, tem registado um forte dinamismo revelado pelo seu crescimento: em 2005, o mercado da prestação hospitalar privada significava cerca de 600 milhões de euros, tendo atingido em 2011 os 1.000 milhões de euros, para uma despesa privada total em saúde na ordem dos 5.700 mil milhões de euros. Este crescimento está associado a uma alteração profunda do modelo de funcionamento, do reforço das competências clínicas e da transformação dos modelos de gestão nos operadores privados. De facto, foi possível transformar a prestação privada “tipo clínica” em “prestação hospitalar”, onde algumas unidades já oferecem serviços de complexidade técnica que as permite competir não pelo preço, mas em diferenciação tecnológica inovadora, mesmo quando comparados com as unidades de vanguarda do SNS.

Por outro lado, o setor privado evoluiu construindo as suas próprias redes de colaboração, sejam no interior do perímetro de um grupo empresarial ou articulando a oferta entre grandes unidades hospitalares e clínicas de pequena e média dimensão. A entrada no mercado nacional da AMIL, através da aquisição da rede HPP Saúde, vem introduzir novos desafios, considerando a dimensão do grupo e os seus modelos de negócio, de gestão e de funcionamento. Existe a expectativa de verificar se se concretiza o potencial de inovação no modelo de prestação de cuidados e uma efetiva alteração na estrutura do mercado decorrente desta entrada.

Adicionalmente, nos últimos anos tem-se assistido a uma deflação dos preços na saúde que se explica sobretudo pelo aumento da capacidade instalada (ex. abertura de diversos hospitais), aumento da oferta de produtos de saúde (ex. genéricos), e alteração da conjuntura do país (ex. falta de recursos financeiros).

O desafio dos prestadores, sobretudo os de pequena e média dimensão, será o de conseguir manter o seu nível de atividade.

² Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Vasco Luís de Mello, 2012

A estratégia mais eficiente nestes casos poderá passar por:

- **segmentar mais o mercado** de forma a aproveitar uma maior disponibilidade e capacidade de pagamento por parte de alguns clientes, considerando a sua valorização de atributos específicos contidos na oferta seguradora. De facto, com apoio das seguradoras, muitos prestadores têm apresentado um preço de consultas muito competitivo, por vezes até pondo em causa a sua sustentabilidade. O objetivo é perder em margem e ganhar em volume;
- **pressionar os pagadores privados vulgo, seguradoras, para um esquema de participação mais vantajosa.** Esta será uma “guerra” de resultados incertos já que pressionados pelo aumento das taxas de sinistralidade, as seguradoras irão optar pela mesma estratégia de confronto, isto é, as seguradoras irão querer pagar menos e os prestadores receber mais;
- **fusão de prestadores de média dimensão e criação de prestadores regionais de dimensão relevante.** De forma a contrariar a falência do modelo de negócio de pequenas unidades é possível que exista a tentativa de criar unidades hospitalares através de cooperativas de médicos. No Algarve, onde existem alguns desequilíbrios concorrenciais, é evidente esta tendência. As unidades HPP Saúde a operar nessa região foram essencialmente desenvolvidas pelos clínicos da região, o Grupo HPA é gerido por um médico e empresário e, a mais recente unidade hospitalar (S. Clemente – Hospital da Misericórdia de Loulé) está a ser gerida por “uma espécie de sociedade de médicos de várias especialidades que trabalhavam isoladamente e que se juntaram quase como uma cooperativa”, conforme explicou Seruca Emídio, autarca de Loulé à Agência Lusa em 7 de julho de 2011. Sobram ainda alguns hospitais das Misericórdias que são geridos da mesma forma.

Setor social duplicará a oferta

Em 2013 deverá iniciar-se a devolução controlada às Misericórdias, dos hospitais que foram nacionalizados depois do 25 de Abril. Se a intenção se concretizar, como previsto, as Misericórdias mais do que duplicarão a sua oferta que ronda atualmente os 18 hospitais. Ao desafio de gestão, o presidente da União das Misericórdias defende que “é melhor para os portugueses”. E isto porque, diz, as Misericórdias fazem nos seus hospitais “mais consultas e cirurgias com menos custos” do que as unidades do SNS. Tal, porém, acontece porque a gestão das Misericórdias não é pública e, de uma maneira geral, necessita de menos

gente. Se as Misericórdias ficarem com o mesmo pessoal irão ter, grosso modo, os mesmos custos. Para complicar, o acordo que se está a desenhar não parece apresentar mecanismos de controlo semelhantes aos hospitais geridos em Parcerias Público Privadas (PPP).

Em cima da mesa parece ser claro estar o aproveitamento da gestão das Misericórdias e a sua eficiência local para os cuidados continuados numa lógica de parceria entre a Segurança Social e a Saúde. A natureza do contrato entre as Misericórdias e o SNS que regulará colaboração não é conhecida.

Implicações

- **Controlo dos custos de sinistralidade e dos ganhos de saúde ao longo de todo o ciclo de vida de um cliente** – para benefício da qualidade e dos custos da prestação, será necessário ampliar e reforçar as redes de referênciação que assegurem o envolvimento efetivo de todos os prestadores públicos, sociais e privados. Esta rede deve ir além da referênciação entre unidades mas incluir o trabalho em equipas multidisciplinares, com orientações clínicas partilhadas.
- **Melhoria na subscrição de riscos por parte das seguradoras** – na prática, as seguradoras portuguesas apenas seguram o acesso complementar ao SNS. A saída desta zona de conforto, implicará uma enorme imaginação e pulso no mercado de prestadores. O que se pretende é encontrar elementos diferenciadores na construção de tarifas que impliquem uma melhor seleção de risco ou mesmo expansão de mercado ou ainda, uma subida nas tarifas. Esta solução obriga a uma visão crítica de todo o sistema, pois a nível internacional, Portugal apresenta já uma elevada penetração de seguros de saúde e, desde a criação deste ramo de seguros, não foi possível encontrar um adequado equilíbrio técnico.
- **Fusão ou acordo vertical de forma a minimizar o risco de financiamento por parte das seguradoras e garantir uma maior estabilidade na procura de determinados prestadores** – é de notar que a lógica entre prestadores e financiadores é tão distinta que internacionalmente ainda não foi possível encontrar um bom exemplo desta estratégia.
- **Prestadores tenderão a encontrar fatores de competitividade** – seja pela via da diferenciação tecnológica, seja via preço, através da criação de redes *low cost* de cuidados (essencialmente cuidados primários), ou mesmo através da fusão horizontal de prestadores de pequena e média dimensão.
- **Ao nível da procura, as grandes unidades privadas continuarão a apresentar uma forte dinâmica** – com uma aposta na substituição dos cuidados prestados pelo setor público e pela substituição das pequenas clínicas e consultórios.

10.

Qualidade em saúde Será ela importante no contexto dos desafios atuais ?

“Quality care = respect for the individual + efficient use of resources + value for money.”

“A question of quality, The citizens’ view of quality in the NHS,” PwC 2012

A qualidade em saúde é um tema sempre presente e encontra-se interligada com a eficácia e eficiência dos processos e sistemas de saúde. Em Portugal, talvez seja o tema que mais consensos reúne ao longo dos diversos Governos. Contudo, o facto de ser consensual não significa que exista uma visão política partilhada sobre a forma de a assegurar. Nesta área, como em algumas outras no setor de saúde, existe um bloqueio filosófico



obsoleto que tende a olhar de forma diferenciada para o prestador conforme a sua natureza jurídica. Há um padrão de qualidade na prestação que se deve exigir ao setor privado e outro ao setor público e social.

Qualidade na prestação de cuidados de saúde é pura e simplesmente prestar de forma consistente a assistência adequada ao doente adequado e em tempo útil. Na saúde, a qualidade não admite meio-termo.

Se nos concentrarmos nas razões da prestação de cuidados, todo o debate sobre a qualidade em saúde pode resumir-se em quatro preocupações fundamentais:

- proporcionar ao utente, à sua família e/ou ao profissional clínico que efetua a referenciação de informação adequada e credível que permita uma escolha ou decisão informada, assente no pressuposto que a estrutura, os processos de prestação e os resultados da unidade de saúde lhe transmitem conforto, uma vez que minimizam da melhor maneira, os riscos

inerentes aos próprios cuidados. Na atualidade, não sendo por si só incorreto, os utentes do sistema procuram profissionais ou entidades prestadoras com base na proximidade, no “ouvi dizer” e na recomendação de alguns profissionais em quem confiam. O debate hoje é no sentido de subir o patamar da sustentação da recomendação e decisão;

- assegurar aos financiadores dos cuidados de saúde, sejam eles as famílias, seguros ou entidades públicas, que não estão a “comprar gato por lebre”;

Qualidade em saúde

Será ela importante no contexto dos desafios atuais?

- possibilitar ao Regulador e aos organismos do Estado competentes, a monitorização da atividade assistencial e de saúde pública;
- permitir aos profissionais e gestores das unidades e dos sistemas de saúde agir no sentido da melhoria da eficiência e eficácia da prática e processos assistenciais e de gestão, sem reduzirem a qualidade.

Conforme a AHRQ¹ existem três dimensões básicas na qualidade em saúde: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura refere-se às características base, traduzidas pelos profissionais de saúde, unidades de saúde, registos de saúde e outros equipamentos básicos. Será que existem profissionais clínicos qualificados e treinados? Serão as unidades de saúde adequadas para a prestação que oferecem? Os equipamentos são adequados à prestação?

Existem registos de saúde de boa qualidade? A comunicação e coordenação entre os profissionais são boas?

A preocupação com o processo resulta do facto de que a qualidade em saúde não poder ser assegurada só porque existem as infraestruturas físicas e os profissionais adequados, mas também por se prestarem os cuidados adequados no momento adequado.

Por fim, a qualidade em saúde também está dependente do resultado final da prestação. Por outras palavras, o doente melhorou? As melhorias foram tão boas quanto possível?

Tal como em outros setores, na saúde a definição da qualidade da prestação de cuidados que é oferecida não é uma definição endógena do prestador. O utente é soberano nesta matéria.

Na área da saúde, a eficiência, eficácia e segurança são três requisitos de qualidade indissociáveis. A eficiência e a segurança estão ligadas à dimensão de processo. A eficácia está ligada à dimensão de resultados. Quando falamos em segurança referimo-nos à segurança do utente e do profissional. Para a Organização Mundial de Saúde

¹ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)



(OMS), a segurança do utente é um princípio fundamental da prestação assistencial, uma vez que esta já por si contempla um nível de risco.

O esforço de todos no sistema é no sentido da redução ao mínimo esse risco. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, refere como componentes chave de cuidados de saúde de qualidade: o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização de recursos, a obtenção de resultados de saúde, a minimização de riscos para os doentes e a satisfação dos utilizadores.

Em Portugal, tal como nos referimos na publicação do ano anterior², os esforços na procura de qualidade têm valorizado principalmente as dimensões estrutural e processual, ao contrário do que se verifica em outros países, como por exemplo nos EUA, em que se dá primazia aos critérios de processos e resultados. Este posicionamento baseia-se no pressuposto de que, se a estrutura for adequada e os processos devidamente definidos e executados, então obter-se-ão resultados de qualidade.

² Desafios da saúde em Portugal 2012, PwC, 2012

Adicionalmente, parte relevante da evolução na abordagem à gestão da qualidade não resulta de uma motivação endógena dos atores mas principalmente de imposições externas, sejam elas públicas ou internacionais. Daí que muitas vezes o esforço de implementação de sistemas de gestão de qualidade pouco tenha a ver com a melhoria do desempenho das organizações, seja no processo ou no resultado.

Tal como refere Jorge Simões³, a necessidade da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal é óbvia e está relacionada a quatro motivações principais:

- redução de assimetrias de informação entre utentes e prestadores;
- monitorização constante para que os ganhos de eficiência não ocorram com base em redução da qualidade;
- cultura de avaliação cria incentivos ao aumento da qualidade;
- diretiva europeia dos cuidados transfronteiriços: estabelece necessidade de prestação de informação sobre a qualidade dos serviços aos utentes que vêm de fora.

Resultantes destas motivações e conjugando com as linhas orientadoras do Programa de Governo e do Memorando de Entendimento com a Troika (MoU), no passado recente e no futuro próximo, as políticas de qualidade⁴ em Portugal estarão centradas nos seguintes aspetos:

- redução da variabilidade na prática clínica, aumentando a segurança dos doentes e reduzindo os desperdícios;
- implementação nacional das boas práticas de governação clínica, em complemento da produção de normas de orientação clínica pela Direção-Geral da Saúde;
- dar continuidade ao Programa Nacional de Acreditação de Unidades de Saúde, reforçando a confiança dos cidadãos no sistema de saúde.

³ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2013 PwC, Jorge Simões, 2012

⁴ Apresentação painel de especialistas desafios de saúde 2012 PwC, Álvaro Almeida, 2011

Em termos de evolução da qualidade em saúde, as expectativas para 2012 estavam muito condicionadas pelo contexto de fortes restrições orçamentais. Mesmo neste contexto esperava-se um avanço nas áreas de normalização clínica, na acreditação de unidades de saúde e na melhoria da transparência de informação sobre a qualidade.

A elaboração de normas e orientações clínicas, para assegurar critérios de qualidade, mensuráveis e comparáveis, estabelecida no Programa do XIX Governo Constitucional, teve uma evolução razoável embora o volume das normas publicadas no ano passado tenha sido inferior ao ano anterior (em 2011 foram desenvolvidas 66 normas e em 2012 apenas 43), como também se constata que houve uma forte concentração na publicação de normas no mês de dezembro, pelo que não foi possível proceder à sua monitorização ainda durante o ano fiscal de 2012. Por outro lado, não é evidente a estratégia de monitorização dos objetivos e implementação destas normas, em termos de melhoria de qualidade e redução de custos, bem como o estabelecimento das necessárias ações corretivas pelas entidades responsáveis pela sua implementação.

Em 2012, os resultados da acreditação de unidades de saúde são pouco conhecidos. Este segmento de ação integra-se nos objetivos definidos no Programa de Governo de garantir estruturas e mecanismos de acreditação em saúde, com vista à certificação e ao reconhecimento público do nível de qualidade atingida nos serviços prestadores de cuidados de saúde, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições.



Qualidade em saúde

Será ela importante no contexto dos desafios atuais?

Ao nível da melhoria da transparência de informação sobre a qualidade salienta-se a evolução do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) para um estágio de maior maturidade, com dois módulos de avaliação em implementação, cobrindo os hospitais e a saúde oral. Recorde-se que o SINAS é um sistema de avaliação com base em indicadores que permitem um *rating* dos prestadores e tem por objetivos proporcionar mais e melhor informação para o cidadão como também promover a melhoria dos cuidados de saúde. A entrada em exploração em dezembro de 2012 do Sistema Nacional de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA) disponibiliza aos profissionais de saúde um instrumento adicional de reforço da segurança do utente. O SNNIEA permite a interação não só com os profissionais como também com os utentes.

O sistema de comparação do desempenho das várias instituições de saúde está em finalização e prevê-se que entre em operação durante 2013. Fica a expectativa sobre a interação das várias estruturas intervenientes, as metas consideradas, o processo de monitorização do desempenho das instituições, a aplicação de ações corretivas, a aplicação de penalidades, a qualidade da informação de entrada para cálculo dos indicadores e os fatores influenciadores ou detratores do desempenho.

O ano de 2013 continuará a ser marcado pela austeridade. Entre outras consequências, ela significará menor rendimento disponível para as famílias e menores orçamentos para os prestadores públicos de saúde. O grande desafio é assegurar que mesmo nestas condições a qualidade não é afetada. Será particularmente importante que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) se mantenha atenta e atue no sentido de evitar que o esforço de ganhos de eficiência ou de redução de custos

ocorra em detrimento da qualidade. Tal exigirá que a sua voz e atuação sejam verdadeiramente independentes do poder político e da Administração da saúde mas também compreendendo o conjunto de limitações existentes. É expectável que, em 2013, o Governo concretize a promessa de criar por lei um Estatuto Jurídico das Autoridades Administrativas Independentes que enquadre a atividade e funcionamento de todos os reguladores. Na saúde será importante que os poderes da ERS na governação setorial da qualidade sejam reforçados, evitando que a mesma continue a estar demasiado atomizada por diversos organismos. Adicionalmente e mesmo sem a tão esperada reforma do SNS, é importante que sejam reforçados os seus poderes junto do universo de prestadores públicos, privados e sociais de saúde em todas as áreas da sua competência. Para bem da qualidade e transparência é importante que todos os prestadores⁵, independentemente da sua natureza jurídica estejam submetidos aos mesmos requisitos de licenciamento e operação. Por outro lado, a ação da ERS sobre os profissionais que trabalham nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne à garantia da qualidade das competências técnicas e organizacionais dos mesmos, não se sobrepondo naturalmente à das ordens e associações profissionais que já existem para o efeito, mas preenchendo os hiatos existentes, conduzirá à gestão holística e integrada da qualidade da prestação dos serviços de saúde. Não será menos importante a necessidade de reforço da profissionalização das estruturas de fiscalização.

O SINAS, já com três anos em exploração, atingiu alguma maturidade. Urge dar um salto em frente passando da avaliação de procedimentos para a avaliação de processos e resultados das unidades prestadores, num leque mais alargado e efetivo de indicadores, tipologia de prestadores e mecanismos de transparência mais alargados.

⁵ À exceção das farmácias e de toda a fileira do medicamento e produtos médicos

Ao nível da melhoria da transparência informação sobre a qualidade salienta-se a evolução do SINAS para um estágio de maior maturidade.

Implicações

- **Assegurar a qualidade em saúde** – melhoria de eficiência não é sinónimo de redução de qualidade. No contexto da restrição orçamental é importante continuar a apostar na melhoria da qualidade.
- **Regulação** – para a defesa do utente é importante um regulador forte, independente e empenhado na luta para assegurar que as políticas públicas, em contexto de crise, não afetem a qualidade da prestação.
- **Concorrência justa** – é importante que em matérias de licenciamento e qualidade, a intervenção com consequências sejam uniforme para todos os prestadores independentemente da sua natureza jurídica.
- **Melhorar a transparência de informação** – reforçando a evolução dos sistemas de recolha e divulgação de informação sobre qualidade em saúde, assegurando a sua integração e evitando a sua atomização por diferentes portais desenvolvidos numa lógica interna de cada entidade.
- **Melhorar a efetividade do esforço de acreditação e certificação** – o esforço deve de facto contribuir para a melhoria contínua da eficiência e eficácia na prestação. Têm de significar muito mais que o certificado na parede.



Na prática seria reforçar o objetivo de mais e melhor informação para o cidadão e para o profissional que efetua a referência. Para tal seria útil que os indicadores endereçassem de forma integrada os três componentes de qualidade (estrutura, processos e resultados) por patologias, incidentes, eventos adversos e satisfação dos utentes.

No contexto da Diretiva Europeia de cuidados de saúde transfronteiriços é expectável que as autoridades nacionais aprofundem o conhecimento da qualidade dos sistemas de saúde dos países europeus e promovam a sua disseminação junto do público português, contribuindo para uma escolha fundamentada dos utentes do

SNS quando recebem cuidados nos países da Comunidade, dentro dos termos da Diretiva. O conhecimento de tal realidade também será importante para as autoridades nacionais para efeitos de controlo do financiamento. A qualidade também continuará na agenda da saúde nacional como resultado da aposta crescente dos atores nacionais no esforço de desenvolvimento do turismo de saúde de que a iniciativa *Healthy'n Portugal* é um bom exemplo. Em 2013 também é expectável uma evolução na implementação do programa de acreditação de unidades de saúde no setor público, o mesmo acontecendo com a normalização clínica com o objetivo de reduzir a variabilidade na prática clínica.

Contactos

Para uma conversa mais aprofundada sobre estes temas, que talvez afetem o seu negócio ou a sua atividade, por favor contacte:

Manuel Carrilho Dias

Health Director
manuel.carrilho.dias@pt.pwc.com
+351 213 599 300

Luís Boquinhas

Advisory & Health X-LoS Partner
luis.boquinhas@pt.pwc.com
+351 213 599 293

César Gonçalves

Health Assurance Partner
cesar.goncalves@pt.pwc.com
+351 213 599 436

Leendert Verschoor

Health Tax Partner
leendert.verschoor@pt.pwc.com
+351 213 599 631



Este documento foi impresso em papel composto de 100% fibras recicladas post-consumo e homologado com diferentes certificados ambientais.

Esta comunicação é de natureza geral e meramente informativa, não se destinando a qualquer entidade ou situação particular, e não substitui aconselhamento profissional adequado ao caso concreto. A PwC não se responsabilizará por qualquer dano ou prejuízo emergente de decisão tomada com base na informação aqui descrita.

© PwC 2013. Todos os direitos reservados.

PwC refere-se à PwC Portugal, constituída por várias entidades legais, ou à rede PwC. Cada firma membro é uma entidade legal autónoma e independente. Para mais informações consulte www.pwc.com/structure.