



associação para a  
promoção e desenvolvimento  
da Sociedade da Informação

## ALGUNS CONTRIBUTOS PARA UM SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE COM E PARA O CIDADÃO

### Sector da Saúde

Maio de 2019

Com o debate recente relativamente às propostas de alteração da Lei de Bases da Saúde, voltou à discussão pública o modelo atual de financiamento das instituições englobadas no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no que respeita à maior ou menor indexação da atribuição de recursos aos resultados efetivamente obtidos por cada instituição.

A metodologia atual de financiamento do Serviço Nacional de Saúde já contempla uma componente variável em função de resultados, quer na perspetiva positiva – na forma de incentivos para quem possui melhores indicadores –, quer na punitiva – penalizações para resultados aquém do esperado em indicadores-chave. Essa componente variável representa ainda uma parte limitada do financiamento total.

Por outro lado, têm vindo a ser introduzidos programas específicos para determinadas patologias crónicas, segundo os quais os hospitais são remunerados por doente tratado, possuindo assim um incentivo adicional para um acompanhamento mais proactivo e preventivo e para tratamentos mais eficazes (ponderando-se naturalmente os principais indicadores de acompanhamento dessas doenças para evitar que o foco esteja na limitação de custos).

No entanto, estas abordagens ainda não asseguram uma prestação de cuidados integralmente focada no utente (cidadão), já que uma parte significativa do financiamento ainda está associada à produção realizada (com o efeito pernicioso de que quanto mais doentes forem tratados mais financiamento é obtido), e em que a aposta na prevenção (em evitar a necessidade de cuidados) e na qualidade dos resultados (em assegurar a resolução duradoura das situações agudas) tem ainda um peso pouco relevante na distribuição dos recursos financeiros e até na avaliação e pagamento de incentivos aos profissionais de saúde. Naturalmente, o aumento de produção deve ser estimulado e até premiado se existe uma lista de espera para

cuidados cirúrgicos ou para consultas de especialidade, mas em qualquer caso não deve ser descuidado o reforço da prevenção, até como via para evitar o aparecimento ou a maior complexidade dos episódios clínicos.

Uma solução poderia passar pela expansão do modelo atual mediante a introdução de mais indicadores desta natureza, por exemplo, associados à articulação entre níveis de cuidados (primários, hospitalares, continuados) e à segurança do doente, entre outros, fazendo depender uma maior percentagem do financiamento dos resultados efetivamente obtidos nessas variáveis.

Contudo, não nos podemos esquecer de que parte do financiamento é para garantir que existe uma capacidade de tratamento de doentes no país, pelo que a distribuição de recursos nunca poderá ser totalmente em função dos resultados. Por exemplo, uma urgência terá sempre de existir, independentemente da "produção" (número de doentes tratados, em que até queremos que seja a menor possível, significando que existem menos emergências) e mesmo dos indicadores de eficiência (quando a situação é de vida ou morte não é isso que interessa) - sem prejuízo, claro, de se diferenciar positivamente os que conseguem melhores indicadores nos domínios em causa, com reforço dos recursos atribuídos.

Neste contexto, conseguem definir-se **três ideias-chave** para um Serviço Nacional de Saúde mais centrado no utente/cidadão e como tal orientado aos resultados/ganhos em saúde da população:

- 1. Financiamento por população gerida (capitação) e abrangendo toda a cadeia de prevenção e tratamento da doença**, incluindo a saúde pública, os cuidados comunitários, os cuidados primários, os cuidados diferenciados de 1º nível e os cuidados continuados.

A lógica subjacente é a de que, se se financiar um valor fixo por cada cidadão que está sob a responsabilidade de determinado grupo de unidades prestadoras de cuidados (agrupamentos de centros de saúde, respetivos centros hospitalares de referência e unidades de cuidados continuados e comunitários), será do interesse desse grupo que o custo para que esse cidadão se mantenha saudável seja o menor possível, levando a uma aposta na prevenção, em tratar os eventuais problemas o mais possível na primeira interação (cuidados primários) e em fazer um acompanhamento próximo dos utentes. Esse modelo de financiamento teria naturalmente de considerar também a evolução dos indicadores de saúde desse grupo de unidades (como evolui a saúde da população abrangida em termos de incidência de doenças, qual a taxa de reincidências, etc.) e fomentar os procedimentos considerados mais adequados (cirurgias de ambulatório vs. tradicionais, partos naturais vs. cesarianas, etc.).

A implementação desta alternativa pode passar pela expansão e generalização do modelo tentado com as várias Unidades Locais de Saúde criadas no país, o qual foi perdendo a atenção política, deixando de evoluir, e cujos resultados não foram devidamente avaliados, de modo a se entender o que correu bem e o que correu mal e assim se afinar o modelo.

Acredita-se que a inclusão nesse modelo de mais pontos de acompanhamento sanitário das populações, envolvendo as entidades públicas e também as privadas (por exemplo, as farmácias na vertente de cuidados comunitários ou as IPSS nos continuados, entre outros), poderá ser uma das formas de assegurar um sistema de saúde centrado no utente.

**2. Organização do SNS de acordo com este paradigma, separando-o em dois grandes grupos:**

- Cuidados de proximidade, em que as instituições de saúde – centros de saúde e outras unidades de proximidade e centros hospitalares de 1º nível de referência – seriam agrupados para uma determinada área ou região, ficando com a responsabilidade de acompanhar a população dessa área/região, sendo remunerados em função do número de pessoas abrangidas;
- Cuidados diferenciados para situações clínicas agudas, em que um número limitado de centros hospitalares, necessariamente dotados de equipamentos e equipas altamente especializados, serviram de “retaguarda” para os cuidados de proximidade, segundo uma lógica de referência dos casos cuja resolução não seja possível na entrada do sistema.

Os hospitais incluídos neste último grupo, menos de uma dezena em todo o país e preferencialmente associados às universidades atuais, seriam financiados por disponibilidade (por “existirem”), mas beneficiando na mesma de incentivos associados a indicadores de eficiência e qualidade, assegurando os cuidados ultra-diferenciados necessários a certos tipos de doenças e que não faz economicamente sentido ter espalhados por todo o país.

**3. Estabelecimento de mecanismos que permitam premiar o desempenho das organizações e dos profissionais de saúde,** recompensado diretamente os que mais contribuem para a evolução positiva da saúde das populações.

Os profissionais de saúde são uma peça-chave no sucesso de qualquer sistema de saúde. Tendo em conta as pressões, muitas vezes conflitantes, que estes sofrem do setor público e privado, deverão ser equacionados modelos que aproveitem o

melhor da experiência das Unidades de Saúde Familiar (USF) e permitam a criação de unidades funcionais autónomas dentro dos hospitais, constituídas por grupos de profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, administrativos) que receberão incentivos em função dos resultados atingidos (que podem resultar em "cascata" dos da própria unidade hospitalar). Por exemplo, porque não pode um serviço de radiologia de um determinado hospital, gerido por uma associação desses profissionais, prestar serviços a outros sistemas de saúde, maximizando a utilização da capacidade instalada e obtendo outras formas de financiamento?

Na perspetiva institucional, a obtenção de resultados positivos poderia também ter consequências ao nível da prioridade relativa a decisões de investimento na renovação de instalações e/ou equipamentos.

Naturalmente, a implementação de um modelo que consubstancie estas ideias terá de assentar numa **base ampla e sólida de sistemas de informação**, que inclua e interligue todas as diferentes entidades envolvidas na gestão da saúde dos cidadãos e disponibilize o conhecimento adequado às diferentes fases dos ciclos de prevenção e tratamento da doença, desde a própria distribuição dos recursos - possibilitando a caracterização das populações e dos respetivos padrões epidemiológicos, por exemplo – à partilha da informação clínica que permita definir em cada momento o seguimento – preventivo ou de tratamento – mais adequado a cada utente, passando ainda pelo suporte a processos clínicos e administrativos ágeis e eficientes com base na desmaterialização da informação e dos fluxos processuais.

A APDSI - Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação tem por objetivo a promoção e desenvolvimento da transformação e inclusão digital em Portugal, reunindo com este interesse comum profissionais, académicos, empresas, organismos públicos e cidadãos em geral. Na linha destes propósitos, a APDSI tem vindo a desenvolver diversas atividades em torno de causas tecnológicas e sociais, incluindo, entre outros, recomendações e estudos realizados por grupos de trabalho multidisciplinares em diversas áreas de intervenção, entre as quais se encontra a Saúde.

Neste contexto, estes são alguns contributos desenvolvidos pelo grupo de trabalho setorial da saúde da APDSI para um SNS – Serviço Nacional de Saúde mais centrado no Cidadão, ficando desde já o convite para que se juntem a APDSI todos os que queiram também cooperar na discussão destes e de outros contributos para uma saúde mais sustentável e centrada no cidadão.

**Elaborado por Luís Nunes, Vogal da Direção com responsabilidades na área da Saúde da APDSI**

---

## **SOBRE A APDSI**

Criada em 2001, a Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação (APDSI) tem por objetivo a promoção e desenvolvimento da transformação e inclusão digital em Portugal, reunindo com este interesse comum profissionais, académicos, empresas, organismos públicos e cidadãos em geral.

Na linha destes propósitos a APDSI tem vindo a desenvolver diversas atividades em torno de causas tecnológicas e societais, que se traduzem num conjunto de eventos, recomendações e estudos realizados por grupos de trabalho multidisciplinares em diversas áreas de intervenção, como a Segurança, os Serviços Públicos Digitais, a Saúde, a Cidadania e Inovação Social, o Território Inteligente, a Governação das TIC, a Inteligência Digital, a Política Digital e Governança, os Futuros da Sociedade da Informação e as Competências digitais.

Em todos estes trabalhos a APDSI procura identificar as tendências de evolução e também as interações entre as tecnologias e outras dimensões sociais e económicas, contribuindo com uma visão mais aberta para a discussão e tendo como meta a eficaz perceção e implementação destes conceitos na Sociedade Portuguesa. A APDSI tem o Estatuto de Utilidade Pública e foi em 2008 reconhecida como ONGD.