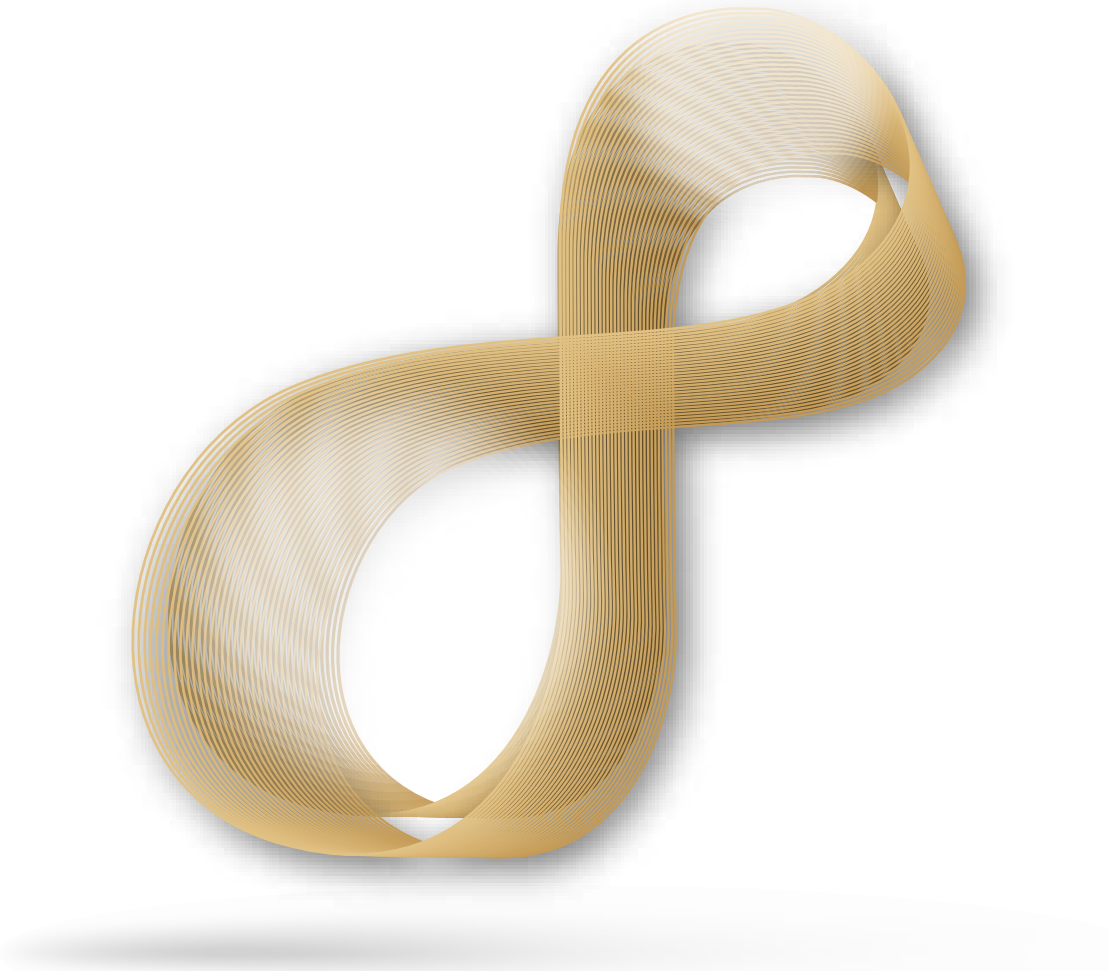
SPGS Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Outubro 2014 • N.º 14



A Reforma Hospitalar: Soluções Simples para Questões Complexas **José Boquinhas**

Substituição em Saúde:
Com ou Sem *Empowerment*?
João Rodrigues

O Processo Clínico Informatizado:
Quem é o Proprietário?
Cristina Carrondo

Avaliação Microeconómica na Saúde
Ria Ajitkumar Lakhani

Economia e Gestão em Saúde em Actualização
Mário Jorge Carvalho

Serviço Nacional de Saúde:
Uma Reflexão sobre as Estratégias
Necessárias para Acrescentar Valor
Verónica Santos

Implementação dos Sistemas de Gestão
da Qualidade MoniQuOr e DiQuOr
nos Centros de Saúde Portugueses
Andreia Campelo

Imposto sobre o Valor Acrescentado:
Isenções na Saúde
Ruben Loureiro e Jorge Cartaxo

Índice

4 Estatuto Editorial

5 Mensagem
Miguel Sousa Neves

6 A Reforma Hospitalar:
Soluções Simples para Questões Complexas
José Boquinhas

9 Notícias

10 Substituição em Saúde: Com ou Sem *Empowerment*?
João Rodrigues

13 Notícias

14 O Processo Clínico Informatizado:
Quem é o Proprietário?
Cristina Carrondo

16 Serviço Nacional de Saúde: Uma Reflexão sobre
as Estratégias Necessárias para Acrescentar Valor
Verónica Santos

20 Avaliação Microeconómica na Saúde
Ria Ajitkumar Lakhani

23 Livros

24 Imposto sobre o Valor Acrescentado:
Isenções na Saúde
Ruben Loureiro e Jorge Cartaxo

27 Sites

28 Implementação dos Sistemas de Gestão
da Qualidade MoniQuOr e DiQuOr
nos Centros de Saúde Portugueses
Andreia Campelo

31 Economia e Gestão em Saúde em Actualização
Mário Jorge Carvalho

34 Ficha de Inscrição de Sócio da SPGS

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE
Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 14 • Outubro 2014

DIRECTOR
Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO
Marinha Abreu

REDACÇÃO, DESIGN E PRODUÇÃO
Newsengage - Media, Conteúdos
e Comunidades, S.A.

PROPRIEDADE
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
E-mail: info@spgsaude.pt
Site: www.spgsaude.pt

DEPÓSITO LEGAL
239095/06

REGISTO ICS
Exclusão de registo prevista no art.º 12,
alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

PERIODICIDADE
Quadrimestral

PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO
RPO

TIRAGEM
2.500 exemplares

Estatuto Editorial

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objectivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no sector da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a directores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública.

A RPGS adopta como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela actualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colaboradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

i) Os conhecimentos e os valores do grande público reflectem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
ii) A gestão eficiente e eficaz do sector da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
iii) Os *mass media* constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redacção da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade.

Através da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, procurar-se-á ainda manter o leitor actualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto directo na gestão dos serviços de saúde.

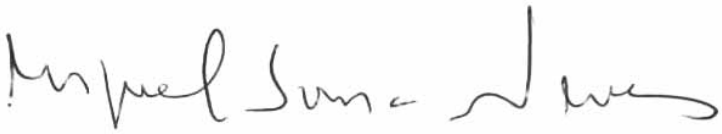
A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Mensagem

Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

Em vésperas de fim de 2014 que foi complexo na área de gestão de saúde, gostaria de lembrar que as vagas para a formação médica especializada com início em 2015 estão para sair em breve. Faço votos para que a ACSS "tenha olhado" para a situação dos médicos internos do Ano Comum e decidido abrir o número necessário, incluindo em especialidades onde a procura é enorme e o número de vagas teimosa e absurdamente baixo ao longo dos últimos anos.

Aproveito também para felicitar a Direcção da Competência em Gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos que decidiu instituir um Prémio Anual ao "melhor gestor clínico" no sentido de fazer passar a mensagem que os gestores com formação médica prévia são, de facto, os melhores na GESTÃO DAS ESTRUTURAS DE SAÚDE.



A Reforma Hospitalar Soluções Simples para Questões

José Miguel Boquinhas
Médico; Gestor Hospitalar

Autor

Diversos grupos de trabalho têm sido constituídos nos últimos anos produzindo um vasto conjunto de documentos, com o objectivo de levar a efeito a reforma hospitalar. Até ao momento em vão. Devemos então questionarmo-nos porquê.

Pelo menos três estudos recentes foram feitos com essa intenção.

Em 2009 foi publicado um livro, com o apoio da ARSLVT, denominado "Governação dos Hospitais", com o contributo de diversos médicos, professores universitários e especialistas das mais diversas áreas relacionadas com a gestão hospitalar, cujas conclusões não parecem ter tido qualquer efeito prático, pelo menos de uma forma estruturada e alargada. O aproveitamento das ideias expressas nos seus diversos capítulos foi mais um exercício que apenas serviu para a contemplação.

Em Janeiro de 2011 por encomenda do anterior Governo socialista, um Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais composto por médicos, administradores hospitalares e outros técnicos de saúde, fez publicar um pequeno livro intitulado "A Organização Interna e a Governação dos Hospitais", com os princípios gerais que deviam enformar o novo modelo de gestão e organização hospitalar. Trata-se de um livro útil com medidas relativamente simples de implementar, mas que peca por trazer pouca inovação numa área onde as expectativas são talvez demasiado elevadas face aos objectivos pretendidos.

Finalmente, já com o actual Governo, foi criado o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, que a 21 de Novembro de 2011, e numa lógica quase oposta ao do grupo de trabalho anterior, apresentou um extenso e demasiado complexo relatório que ficou em discussão pública até ao final do ano e do qual resultaram propostas muito polémicas, uma das que teve maior visibilidade, foi a da possibilidade do envio de cerca de 2,5 milhões de urgências para os centros de saúde, não se percebendo muito bem como conseguiriam fazê-lo. Mais recentemente, e na sequência daquele relatório, foi publicada a Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril, que tem dado uma enorme polémica, ao propor uma nova classificação dos hospitais e, sobretudo, o encerramento de dezenas de serviços, alguns deles de grande relevância e prestígio técnico como é o caso dos serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital de Santa Cruz em Carnaxide. Do extenso e complexo documento de trabalho, resultou para já, de uma forma visível, apenas a referida proposta de encerramento e concentração de serviços, e que pelas reacções que se fizeram sentir, não terá a concordância da grande maioria dos diversos agentes da saúde. Quanto ao resto, naquilo que é o essencial da reforma hospitalar, nada feito, tendo-se começado pelo velho sistema dos cortes mais ou menos cegos, e logo se vê. Apesar de ter sido nomeado um grupo de acompanhamento da reforma hospitalar, parece tratar-se, mais uma vez, de um trabalho que poderá

Complexas

vir a ter o mesmo destino que os anteriores. E, assim, sucessivamente, se vão perdendo tempo e dinheiro produzindo documentos atrás de documentos, sem que se vislumbre uma estratégia a curto e médio prazo e uma vontade clara e inequívoca de implementar uma verdadeira reforma hospitalar e não a do corte e costura à medida da poupança a todo o custo.

Independentemente de uma nova visão para a rede hospitalar no seu conjunto, é urgente a reforma na gestão dos hospitais, e prioritariamente em quatro vertentes: **qualidade organizacional, qualidade assistencial, segurança dos doentes e melhoria na eficiência.** Se se conseguir avançar nestas quatro vertentes, o essencial da reforma fica feito.

Os hospitais à semelhança de qualquer média ou grande empresa, exigem que sejam definidos a sua missão e valores, as suas grandes linhas de orientação estratégica e a respectiva operacionalização. Cabe neste conceito, uma gestão com objectivos individuais e da organização, calendarização do modo e ritmo dos objectivos a realizar, avaliação periódica dos resultados e correcção dos desvios, recompensas em função do seu cumprimento e estabelecimento de novos e mais ambiciosos objectivos.

Nas grandes linhas de orientação estratégica cabem, entre outras, as quatro vertentes essenciais enunciadas.

No que à **organização hospitalar** diz respeito e cujos objectivos finais serão sempre os ganhos de eficiência e a melhoria dos cuidados de saúde prestados, é fundamental a estreita relação e colaboração entre a componente clínica e gestionária com objectivos claros e *accountability* por parte dos diversos intervenientes. A prestação de contas é um objectivo necessário em qualquer gestão moderna independentemente do tipo de organização.

A dupla linha de autoridade, gestionária e clínica, típica das organizações de saúde, devem colaborar permanentemente entre si, a fim de criar as necessárias sinergias e escolhas mais racionais e, por isso, com melhor custo/efectividade. Existem hoje provas suficientemente evidentes de que o empenho dos médicos e, em especial, da direcção clínica na componente gestionária, é uma mais valia com vista à obtenção de melhores resultados em termos de eficiência, pelo que a colaboração na gestão dos hospitais por parte dos médicos e, em particular, por parte dos directores de serviço e departamento é absolutamente essencial.

A definição e quantificação por linha de produção de acordo com a contratualização proposta pela tutela, a racionalização de consumos médicos por especialidade médica, com políticas de harmonização de consumíveis e medicamentos, a optimização dos níveis de *stocks* por serviço ou a elaboração de protocolos clínicos e terapêuticos, incluindo na vertente dos meios auxiliares de diagnóstico, devem fazer parte dos diversos instrumentos de gestão, de modo a torná-la mais racional e eficiente, devendo ser avaliados os objectivos definidos no final de cada ano.

O modelo de contratualização interna em consonância com a contratualização

levada a cabo com o Ministério da Saúde em prática desde há vários anos nos nossos hospitais públicos, terá seguramente melhores resultados se for efectuado através de unidades de gestão intermédia que deverão coincidir com os grandes departamentos clínicos nos médios e grandes hospitais, não sendo evidente o seu interesse nos pequenos hospitais. A existência das unidades intermédias de gestão, deve ser acompanhada de salários com componentes fixa e variável de modo a premiar o esforço das equipas.

Em matéria de organização, é importante a caracterização das iniciativas, a nomeação de um responsável pelos resultados pretendidos e posteriormente obtidos, a quantificação com as respectivas métricas e resultados, as principais actividades e acções das iniciativas, datas de início e fim, potenciais constrangimentos/requisitos à sua implementação e, finalmente, a avaliação.

Devem ser implementados parâmetros de avaliação do desempenho de resultados, quer em relação à produção, quer à qualidade como, por exemplo, taxas de cancelamento de consultas ou taxa de infecção respiratória associada a ventilação mecânica nas UCI, mas também indicadores de avaliação de serviço, como a codificação realizada nos prazos estabelecidos, entrega de planos de medidas de correcção de determinados problemas de acordo com certos critérios ou realização de inquéritos de satisfação dos utentes. Para a melhoria da **qualidade assistencial** e a **segurança dos doentes** é essencial a preocupação com a elaboração dos protocolos clínicos e terapêuticos, incluindo na vertente de patologia clínica, a elaboração de perfis analíticos, que têm a vantagem adicional de melhorar a relação custo/eficiência e custo/efectividade, a adesão a sistemas de certificação e acreditação, e a introdução de modelos de gestão de risco clínico.

Se bem que existam muitos determinantes que de uma forma directa ou indirecta contribuam para melhorar a qualidade assistencial e os parâmetros de segurança dos doentes, algumas acções essenciais devem ser levadas a cabo com vista à sua melhoria. São elas a concentração de serviços com reduzida dimensão e o consequente aumento da massa crítica e da melhoria da curva de aprendizagem, auditorias clínicas, avaliação do desempenho e programas de gestão do risco. A par destas vertentes, deve ser feita uma aposta na formação contínua com actualização dos conhecimentos, bem como a inovação tecnológica permanente. Programas de prevenção da infecção hospitalar, controlo do risco no circuito interno do medicamento hospitalar e protocolos clínicos e terapêuticos, compõem uma vasta gama de objectivos que, no seu conjunto, melhoram a qualidade da prestação dos cuidados hospitalares e a segurança dos doentes. Finalmente, como corolário das diversas intervenções para a reforma hospitalar, a questão da **melhoria da eficiência**. E aqui é justo dizer-se que tem havido um notável progresso dos nossos hospitais nos últimos 15 a 20 anos nesta matéria, faltando ainda algum caminho a percorrer. Para além de tudo o que foi dito, é necessário ter em conta a questão da reorganização do trabalho médico, flexibilizando os horários e afectando as horas de trabalho de uma forma mais racional às necessidades dos serviços, para que não haja quebra de produtividade ao longo do dia e, sobretudo, dos objectivos relativos à produção contratualizada com os serviços, mas também a nível individual, de modo a cada um poder responder pelos resultados alcançados. A flexibilização do trabalho médico, não deve, no entanto, ser feita prejudicando as reuniões clínicas, científicas e de formação que as direcções clínicas e de serviço têm obrigação de proporcionar aos seus médicos na sua componente essencial de investigação e actualização de conhecimentos. A avaliação e prestação de contas de uma forma individual, deveria ser acompanhada de um prémio salarial na sua componente variável, matéria que tem sido muito difícil de implementar, e que, certamente, continuará a sê-lo nos próximos tempos, embora nas unidades de saúde familiar o modelo já exista há vários anos, pelo que, com as devidas adaptações e correcções poderia ser adoptado nos hospitais. Uma adequada e racional política de gastos com medicamentos, completa o leque de opções em termos de melhoria dos resultados financeiros que as administrações têm a obrigação de implementar nos hospitais.

A gestão hospitalar é uma tarefa complexa? Sem dúvida. A reforma é difícil de implementar? Certamente. Voltando então ao ponto de partida, porque será que os Governos não têm sido capazes de implementar a reforma dos hospitais apesar das várias comissões nomeadas e documentos elaborados? Creio que a resposta está na incapacidade de tornar fácil o que aparentemente é difícil. Soluções simples para questões complexas são possíveis. Soluções complexas para problemas complexos tornam muito mais difícil a sua resolução.

Notícias

SNS vai contar em 2015 com mais 154 milhões de euros

"Em termos de dotações específicas, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que se estima que neste ano receba 7.720 milhões de euros, irá contar com um reforço de 154 milhões de euros, o que representa um acréscimo de 2% para os 7.874 milhões. O ministro da Saúde, Paulo Macedo, já se tinha aliás comprometido com um reforço do orçamento da saúde para 2015 – o último desta legislatura.

No global, as medidas sectoriais definidas para 2015 para a redução de despesa a executar pelo Ministério da Saúde totalizam 280 milhões de euros – um valor ao qual ainda é necessário somar outras medidas que são transversais a toda a Administração Pública. Mesmo assim, esta verba representa mais 20 milhões do que estava previsto no último orçamento."

Fonte: *Público, 15 de Outubro*

ADSE passa finalmente para o Ministério da Saúde

"A ADSE – sistema de saúde dos funcionários públicos – vai passar, finalmente, para a tutela do Ministério de Saúde. Este sistema estava na tutela do Ministério das Finanças, mas no próximo ano vai integrar o Programa da Saúde.

Com esta alteração, há também uma transferência de receita e de um aumento de encargos num ministério em que a despesa ultrapassa os nove mil milhões."

Fonte: *Rádio Renascença, 15 de Outubro*

Taxas moderadoras vão manter-se nos centros de saúde e baixar nos hospitais

"Em 2015, sempre que os utentes do Serviço Nacional de Saúde precisarem de uma consulta com o seu médico de família ou com o enfermeiro no centro de saúde vão pagar exactamente o mesmo que neste ano, de acordo com a proposta inscrita no relatório do Orçamento do Estado do próximo ano. Já no caso dos actos hospitalares, o Governo decidiu reduzir a factura dos cidadãos e regressar ao valor das taxas de 2013. "

Fonte: *Público, 15 de Outubro*

Substituição em Saúde Com ou Sem *Empowerment*?

João F. Rodrigues
Autor
Aluno de MBA em Gestão e Economia da Saúde, Universidade Autónoma de Lisboa; Médico Oftalmologista, Hospital Lusíadas Cascais

INTRODUÇÃO

A substituição em Saúde, sendo uma realidade intemporal em diferentes quadrantes e cada vez mais presente pelas dificuldades decorrentes da dificuldade de contratação de recursos humanos nesta área, é um tema que vai ganhando interesse crescente em Portugal, nomeadamente entre aqueles que se dedicam à avaliação económica e gestão das instituições de saúde, pelos ganhos em eficiência e qualidade que lhes pode conferir. De acordo com o economista Pita Barros, a substituição ou substituibilidade de factores produtivos em saúde visa "alcançar os objectivos desejados, em termos de quantidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, com o menor custo possível (...) contribuindo para a contenção de despesa do SNS através do aumento da utilização relativa do recurso menos oneroso".

Por substituição em saúde pode entender-se, senso lato, a atribuição e execução de funções de um profissional por outro menos qualificado, com o objectivo primordial de libertar o profissional mais diferenciado de tarefas menos complexas, procurando dessa forma melhorar a eficiência e qualidade dos actos de saúde, numa óptica gestionária de maximização da escassez de recursos humanos. A substituição é por regra realizada interpares, num determinado grupo profissional de saúde, mas pretende-se igual e idealmente que assuma um carácter multidisciplinar. O *empowerment* ou capacitação de funções entre profissionais requer período de formação, controlo da qualidade dos actos e actualização ao longo da variável tempo assim como comunicação, para que se possa almejar uma substituição adequada e eficiente na área da saúde.

SUBSTITUIÇÃO, NEM SEMPRE COM *EMPOWERMENT* ADEQUADO

A substituição em saúde sempre existiu. Por exemplo, em obstetrícia algumas das funções do médico obstetra são atribuídas à enfermagem especializada em cuidados obstétricos, numa zona de sobreposição de capacidade de intervenção ou "margem de substituição". Historicamente, a figura da enfermeira parteira precedeu a especialização médica em cuidados obstétricos. A transmissão de conhecimentos e prática clínica é de uma forma geral realizada interpares, de enfermeiros especialistas para menos diferenciados. Esta forma de

empowerment dentro da classe é de certa forma universal entre os vários grupos profissionais de saúde, constituindo a base dos programas de formação. Neste caso, o risco inerente à margem de substituição decorre das fronteiras entre o que é considerado acto de enfermagem e o que é acto médico, para o qual não existe legislação específica, de delimitação de esferas de acção, e depende não só da qualidade do *empowerment*, como do bom senso que deve estar sempre reservado num acto em saúde. Por outras palavras, existe a necessidade evidente do controlo do acto, no sentido da qualidade e segurança, numa perspectiva multidisciplinar envolvendo os médicos, do mais para o menos diferenciado, ao longo do tempo e não apenas pontual após o *empowerment*.

No caso da substituição que envolve os enfermeiros e os assistentes operacionais, situação cada vez mais recorrente nas instituições de saúde em que se verifica um claro défice do número de enfermeiros por todo o Sistema de Saúde português, corre-se o risco subjacente à acumulação de funções em situações de *multitask* que constituem o dia-a-dia destes profissionais de saúde. Não é aceitável, por exemplo a nível hospitalar, que um assistente operacional manuseie resíduos biológicos e de seguida realize ou auxilie pensos, sem o devido *empowerment* no que diz respeito às regras básicas de desinfecção e lavagem das mãos. O *empowerment* desejável deve recorrer não só à formação teórica e prática num determinado período, mas também ao reforço posterior através de actualizações e controlo da qualidade dos actos em substituição. Nestes casos, e mais uma vez, o *empowerment* pontual sem multidisciplinariedade e comunicação não é garantia de adequada substituição de funções, podendo colocar em risco pacientes e o próprio meio hospitalar.

EMPOWERMENT NOUTRA VISÃO

Na área da Oftalmologia, a substituição sem *empowerment* por parte do optometrista é frequente e realizada de forma autónoma e à distância, com consequências por vezes negativas. Alguns destes profissionais, que exercem a sua actividade ao nível de Ópticas, procuram – muitas vezes transgredindo o que é considerado acto médico – substituir o médico oftalmologista, nomeadamente no aconselhamento sobre patologia sobre a qual não tiveram formação adequada e qualificada, por constatação da própria formação curricular, nomeadamente através do *empowerment* por médicos oftalmologistas, mesmo que alguns destes trabalhem naquelas lojas em evidente concorrência desleal e ignorando a lei. Resulta desta situação, em muitos casos, alarmismo por informação contraditória e confusão de papéis – quem é quem ou o "efeito da bata branca" – por parte dos pacientes/clientes de saúde, a par do recurso a cuidados de saúde não justificados. O inverso verifica-se com o ortoptista, profissional cuja formação é paralela e complementar à actividade médico-cirúrgica do oftalmologista e decorre em proximidade a nível hospitalar, num bom exemplo de *empowerment* adequado. Não obstante, a substituição por parte do optometrista seria possível, por exemplo, no que diz respeito à avaliação pré-consulta realizada pelo ortoptista, libertando estes profissionais para tarefas mais diferenciadas a nível das avaliações de ortóptica, execução de exames complementares de diagnóstico e gestão organizacional, aumentando a produtividade e *timing* de resposta das unidades de Oftalmologia. Para tal, seria necessário o *empowerment* adequado entre os grupos profissionais referidos com ganhos de eficiência multilaterais e redução de custos.

GESTOR DE LIGAÇÃO EM SAÚDE

A direcção clínica de uma instituição de saúde é uma função exercida por médicos habitualmente em topo de carreira, experientes e com prestígio interpares, que se caracteriza por desempenho em *multitask* e envolvendo multidisciplinarmente os diferentes grupos profissionais, num plano de gestão intermédia entre os gestores de topo – administradores e *stakeholders* – e os gestores operacionais – directores de serviços, médicos e de enfermagem. Esta é uma área, na presença de lideranças autocráticas, onde a substituição ou delegação com capacitação de funções interpares na maioria das instituições ainda é pouco visível, quando existente, e que poderia trazer melhorias na eficiência e qualidade do funcionamento das instituições de saúde. A criação da figura do médico (e enfermeiro) gestor de ligação em saúde, diferente da mera representação em conselho de administração ou comissões, poderia conduzir a uma substituição de determinadas funções da direcção clínica, numa perspectiva de proximidade e conexão entre os diferentes grupos profissionais, criando-se um elo no

terreno que assegurasse funções de controlo da qualidade, segurança e satisfação na realização de actos de saúde nas instituições. Para tal, o *empowerment* adequado deverá ser alcançado por investimento e aquisição de competências na área da Gestão e Economia da Saúde por parte daqueles profissionais, paralelamente e em simbiose à partilha da visão, cultura e valores das instituições, em benefício da prestação de cuidados de saúde aos utentes.

EMPOWERMENT ACADÉMICO: UM CASO DE ESTUDO A REPLICAR?

Em Portugal existe desde há seis anos um verdadeiro caso de estudo no que diz respeito ao *empowerment* em saúde e, numa análise pessoal, de substituição por transformação. Trata-se do mestrado integrado em Medicina da Universidade do Algarve. Neste curso, os alunos são provenientes de diversas licenciaturas concluídas com nota superior a 14 valores em áreas de ciência da natureza (Biologia, Geologia, Química, etc), ciências da saúde e afins (Med. Dentária, Med. Veterinária, Enfermagem, Farmácia, etc.) ou ciências exactas (Matemática, Física, Engenharias, etc.), através de um processo de selecção por múltiplas entrevistas. Sumariamente, durante quatro anos o ensino é realizado por intermédio da análise de casos clínicos e práticos (*Problem Based Learning*), procurando formatar futuros licenciados mestres em Medicina, com uma visão prática e generalista da realidade do dia-a-dia encontrada nas instituições de saúde, em particular no que diz respeito aos cuidados de saúde primários. Um dos objectivos dos mentores deste curso, seria *a priori* provir os cuidados de saúde primários carenciados no Algarve de profissionais motivados e com *know-how* da realidade nesta região. No fundo, trata-se de realizar o *empowerment* de licenciados graduados em áreas académicas muito variadas, com *backgrounds* muito distintos, promovendo uma substituição por transformação académica e/ou profissional.

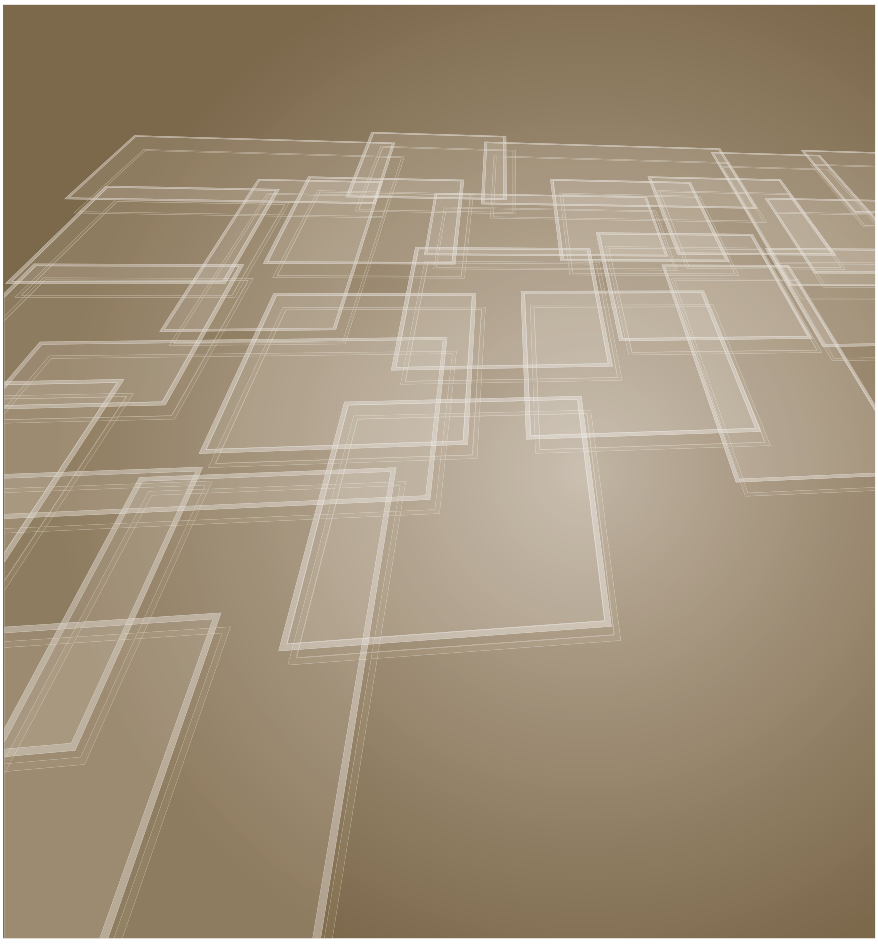
Teria seguramente interesse relevante para quem se dedica academicamente ao estudo da Economia da Saúde, e dando como adequado o *empowerment* durante a formação, uma análise de impacto económico longitudinal ao período pós formação na Universidade no que diz respeito ao percurso seguido por estes licenciados, actividade clínica e dispersão geográfica, o que poderia constituir uma verdadeira experiência-piloto do que se pretende ou pode alcançar por *empowerment* e substituição, numa vertente singular loco-regional e transformista de recursos humanos em saúde no nosso país. E, quem sabe, alargar a experiência a outros sectores que não apenas o da saúde.

CONCLUSÃO

A substituição em Saúde é possível, e desejável, quando não existe possibilidade de suprir de recursos humanos necessários ao funcionamento eficiente e com qualidade das instituições do Sistema de Saúde português. No entanto, o *empowerment* inerente à substituição em saúde implica a formação e transmissão de conhecimentos de elementos mais diferenciados para os menos diferenciados, o controlo da qualidade dos actos e a actualização ao longo do tempo, numa perspectiva multidisciplinar e em comunicação entre os diferentes *stakeholders* da saúde. Sem estas premissas, a qualidade e eficiência dos actos em saúde tão desejada pode não ser assegurada pela simples adjudicação de funções que se verificam em muitas situações nebulosas que vão surgindo: consultas médicas realizadas por enfermagem em contexto de telemedicina ou por plataforma *on-line*; realização de actos de enfermagem e aconselhamento médico por farmacêuticos; cirurgias realizadas com ajudantes não médicos; entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros, P. P. (Jan 2013) Pela Sua Saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
2. Barros, P. P. (Out 2013) Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos. 3ª Edição actualizada. Coimbra: Edições Almedina, S.A.;
3. Cunha, M. P. *et al.* (2010-2012) Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano. 2ª Edição Revista e Corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.;
4. *Site* do Curso de Medicina da Universidade do Algarve (www.medicina.ualg.pt).



Notícias

Este ano já emigraram quase 300 médicos

"A saída de médicos portugueses para o estrangeiro sempre aconteceu. Mas o ritmo a que se tem sucedido nos últimos tempos está a preocupar a Ordem dos Médicos (OM), de tal forma que os responsáveis das secções regionais do Norte, Centro e Sul têm estado a esmiuçar os dados e a fazer as contas para tentar perceber, com rigor, quantos estão a sair do país para não voltar, e as razões que os levaram a abalar. Contas por alto, entre o Norte, o Centro e o Sul, só este ano terão ido trabalhar para o estrangeiro perto de 300 médicos.

A emigração dos médicos até foi tema de capa da última edição da revista da OM. Esta é uma realidade "multifacetada", pondera a autora do trabalho, Paula Fortunato, que lembra no texto que o quadro dos profissionais que saem "é muito diversificado". Saem especialistas com experiência, mas também recém-especialistas e médicos que ainda não fizeram a especialidade. "Se alguns o fazem apenas como oportunidade de formação e preferem voltar, muitos estão a apostar trabalhar no estrangeiro, mesmo quando a adaptação não é imediata", sintetiza."

Fonte: *Público, 4 de Outubro*

Centros de saúde: médicos e enfermeiros vão ter que picar o ponto

"Nos centros de saúde todos os profissionais, médicos, enfermeiros e administrativos vão ter que picar o ponto tal como já acontece nos hospitais. O problema é conseguir neste espaço de tempo que a medida seja uma realidade em todo o país.

A ordem é para que o registo de assiduidade avance em todos os centros de saúde ainda este ano, mas há diferenças significativas na implementação do sistema biométrico."

Fonte: *TSF, 12 de Outubro*

Médicos que aceitem ir para "zona carenciada" vão receber incentivos

"A solução do Governo para os problemas de distribuição de profissionais de saúde em Portugal passa por dar, em 2015, incentivos aos médicos que aceitem ir para uma "zona carenciada", indica a proposta de Orçamento do Estado para o próximo ano, mas que deixa para mais tarde a concretização do que poderão receber os clínicos.

No orçamento de 2014 já existiam algumas regras relacionadas com a mobilidade que previam, por exemplo, que os trabalhadores recebessem ajudas de custo e de transporte sempre que dentro do período normal de trabalho tivessem de prestar serviço em duas ou mais unidades que distassem mais de 60 quilómetros. Para 2015 fica, para já, tudo em aberto."

Fonte: *Público, 15 de Outubro*

O Processo Clínico Informatizado Quem é o Proprietário?

Cristina Carrondo
Autor
Estudante de Doutoramento de Saúde Pública | Mestre em Sociologia da Saúde | Licenciada em Cardiopneumologia

A Plataforma de Dados em Saúde (PDS) até há pouco tempo era uma utopia em Portugal, actualmente é impensável a sua não utilização, com a publicação no Diário da República do Despacho 2784/2013 a informatização dos registos clínicos nas instituições de saúde é obrigatória. No ano 2012, na Escola Superior de Tecnologias da Saúde, no Parque da Nações, em Lisboa, o Ministro da Saúde Dr. Paulo Macedo invocou a importância da PDS, ajuda "no combate ao desperdício", "agiliza a informação", "ajuda à sustentabilidade do sistema" promovendo a igualdade entre utentes de saúde. Todos sabemos que é essencial a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no entanto, segundo o Dr. Paulo Macedo continua a ser sustentável no curto e médio prazo mas não a longo prazo.

A PDS é uma ferramenta *web* útil na prática clínica e funciona como um registo nacional desenvolvida pela Comissão para a Informatização Clínica (CIC) e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que à distância de um clique no rato do computador, disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica do doente entre instituições de saúde do SNS – centros de saúde, hospitais, urgências, rede nacional de cuidados continuados – de acordo com os requisitos exigidos pela Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD)[1]. Esta partilha e anexação da informação clínica é de enorme utilidade para os doentes e profissionais de saúde potenciando grandes ganhos em saúde. Através do Portal do Profissional, integrado na PDS (PDS-PP), os médicos podem conhecer o percurso do doente, bem como o seu historial clínico, receitas e tratamentos. Porém, ainda existem zonas do país em que há falhas técnicas, em questões de acesso sendo difícil ou mesmo inexistente, o que não invalida a sua utilidade.

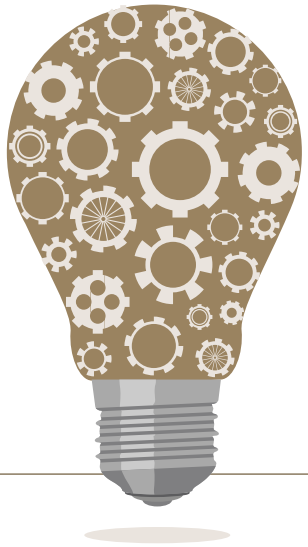
Do que falamos quando falamos de informação clínica informatizada? Falamos dos processos clínicos de papel que outrora preenchiam espaços avultosos nas gavetas do Arquivo Clínico que, actualmente, são visíveis na PDS que se tenta incessantemente uniformizar para permitir a intercomunicação dos diferentes sistemas de informação, e possibilitar aos profissionais de saúde – médicos – a visualização da informação de saúde do doente quando e onde for necessária, independentemente da instituição de saúde para a qual trabalha.

Nesta fase é pertinente sintetizar alguns dos objectivos da existência de uma adequada informação clínica (i) permite melhorar a prestação de cuidados de saúde, (ii) a partilha entre profissionais de saúde, (iii) diminuir o erro, (iv) permite melhorar o suporte à decisão clínica, (v) o acesso à actividade terapêutica, e por último, (vi) a racionalização de recursos. Em suma, os registos clínicos são verdadeiros documentos de trabalho centrados no doente, que resultam *de um dever de cuidado médico* impondo um registo de consultas, exames, diagnósticos e tratamentos realizados[2]. De salientar que, é doutrina e jurisprudência que os profissionais de saúde estão obrigados a registar toda a actividade clínica[3], o que nem sem-

Quadro 1. Processo Clínico do Doente.

Países	Direito de Consulta ao Processo Clínico	Excepção: Doença Psiquiátrica	Excepção: Menores (menos de 18 anos de idade)	Excepção: Dados Subjectivos do Médico	Excepção: Direitos de Terceiros
Portugal	**Indirecta**	----------	----------	----------	----------
Espanha	Directa	Sim	Sim	Sim	Sim
França	Directa	Sim	Sim		
Bélgica	Directa			Sim	Sim
Alemanha	Directa	Sim		Sim	Sim
Dinamarca	Directa			Não	
Países Baixos	Directa				Sim

Fonte: Adaptado de "Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspectiva europeia".



pre acontece… Aqui levantam-se outras questões importantes no que concerne ao registo de doenças infecto-contagiosas, problemas do foro sexual, perturbações do foro mental, entre outros, em que o doente pode não querer que seja referido.

Não parece haver nenhuma dúvida que o processo clínico é um instrumento importante na relação médico-doente. A PDS e o processo clínico estão intimamente ligados pelo sistema de informação dando lugar ao Resumo Clínico Único do Utente (RCU2). Uma questão particularmente sensível e muito pouco discutida em Portugal é a seguinte: Quem é o proprietário da informação clínica? O médico ou o doente? Segundo a nossa legislação, a informação clínica é do titular (do doente) sendo algo que só a ele diz respeito. A Declaração dos Direitos dos Doentes prescreve "… *à saída de um estabelecimento de tratamento os pacientes deveriam poder, a seu pedido, obter um resumo escrito do diagnóstico, tratamento e cuidados que a ele dizem respeito…*". No entanto, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) recomenda que as aplicações informáticas de registo clínico disponham de mecanismos que permitam o acesso a dados clínicos apenas aos profissionais de saúde[4], em que a comunicação de dados de saúde é única e exclusivamente feita por intermédio do médico se o doente solicitar – *Lei de Protecção dos Dados Pessoais, art.11º, nº5 da Lei nº67/98, de 26 de Outubro; e na Lei nº94/99, de 16 de Julho (Lei de Acesso aos Documentos Administrativos [LADA])*.

Alguns clínicos alegam que é necessário algum cuidado relativamente a notas acessórias, por vezes escritas na informação clínica, que poderão ser mal interpretadas e inadequadas à transmissão de informações ao doente, um dos motivos pelo qual existe alguma relutância na divulgação do processo clínico. Um outro aspecto importante é a possibilidade da inscrição de dados pessoais de saúde na PDS pelo doente no Portal do Utente[5] – alergias, hábitos, medicação, doenças, entre outros – que também não é do agrado de alguns clínicos que argumentam que pode resultar em informações falsas e incorrectas, considerando que há uma clivagem na relação médico/doente. Ora se o doente tivesse na sua posse a informação clínica discriminada talvez houvesse um menor risco no preenchimento de alguns campos da plataforma, por outro lado a validação é sempre feita pelo médico assistente. Não devemos incessantemente alimentar a iliteracia do doente!

Vejamos o que acontece na restante Europa quanto à consulta do processo clínico, por exemplo, na vizinha Espanha o acesso à história clínica é directo, o utente tem o direito de obter cópias dos seus dados – *Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomia del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. A lei francesa de 4 de Março de 2002 confere aos doentes o direito às informações médicas contidas no processo clínico – *Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Anteriormente, o doente só podia tomar conhecimento dessas informações por intermédio de um médico. Analisemos o quadro 1 - Processo Clínico do Doente, que sumariza o que acontece nos restantes países da Europa. Por toda a Europa confirma-se o direito de acesso directo do doente ao processo clínico, excepto em Portugal que persevera no paternalismo médico, em que os clínicos consideram-se "fiéis depositários" da saúde do doente. Talvez, esta seja a melhor altura para haver um debate sobre o tema, uma vez que existe uma aposta na implementação do novo portal – o Portal Internacional (PDS-epSOS).

BIBLIOGRAFIA

1. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. PDS – Plataforma de Dados da Saúde. http://spms.min-saude.pt/blog/2013/11/01/pds-plataforma-de-dados-da-saude/ [acedido 07/09/2014];
2. LAUFS/UHLENBRUCK (2002). Handbuch des Arztrechts. München. pp.481-482;
3. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Disponível em: https://www.ordemdosmedicos.pt/?id=8f121ce07d74717e0b1f21d122e04521&lop=conteudo&op=26e359e83860db1d11b6acca57d8ea88;
4. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer nº60 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre a informação de saúde e registos informáticos de saúde. Disponível em: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1318269169_CNECV%20P_60_2011%2010.10.11.pdf [acedido 07/09/2014];
5. Plataforma de Dados da Saúde – Portal do Utente. Disponível em: https://servicos.min-saude.pt/utente/portal/paginas/default.aspx [acedido 07/09/2014].

Serviço Nacional de Saúde: Uma sobre as Estratégias Necessárias

Verónica Sofia Santos
Enfermeira Pós-Graduada em Gestão em Saúde

Autor

Na actual conjuntura económica e, com o aumento crescente das despesas em saúde, torna-se necessário repensar numa estratégia global de reestruturação da prestação com vista a promover o acesso a cuidados de saúde, racionalizar os movimentos dos doentes dentro do sistema, reduzir custos, bem como aumentar a satisfação dos mesmos. Ou seja, importa acrescentar valor, o que requer a melhoria dos resultados sem aumentar os custos, ou diminuir estes sem comprometer os resultados, numa política onde o doente está no centro do sistema.

Tal só será possível se a nova reorganização dos serviços de saúde não for fragmentada e se conseguirmos uma efectiva medição de resultados e de custos por doente tratado, bem como uma nova forma de financiamento dos cuidados.

Face ao exposto, e de acordo com a literatura, é necessário substituir o actual sistema de cuidados de saúde fragmentado, por um sistema onde os serviços, para determinados problemas de saúde, estão concentrados em organizações especializadas. É premente integrar determinados serviços de forma a eliminar a fragmentação e a duplicação de atendimento, optimizando os tipos de cuidados prestados em cada localidade.

Criar Centros Especializados de cirurgia cardíaca ou para determinado tipo de cancros, reduzirá e eliminará serviços onde não se pode alcançar o valor acrescentado para o doente.

De referir ainda que a integração de serviços em Unidades Integradas racionaliza os movimentos dos doentes dentro do sistema, contém a despesa e, por sua vez, aumenta a satisfação dos mesmos, combatendo submercados e subespecializações.

A integração, especialização e os Centros de Excelência maximizam resultados para o doente e para as organizações de saúde.

Assim, as Unidades Integradas devem organizar-se em torno de uma condição médica ou de condições médicas relacionadas, devendo ser constituidas por equipas multidisciplinares e especializadas, onde se promovem reuniões para discutir casos clínicos, processos e resultados. Assumindo a responsabilidade pelo ciclo completo de tratamento: prevenção, tratamento e reabilitação, englobando, deste modo, serviços de ambulatório, internamento, cuidados de reabilitação bem como apoio social. Devem estar centradas nas necessidades do doente promovendo a auto-gestão da saúde do mesmo, sendo constituidas por uma única estrutura administrativa e financeira, possuindo um único sistema de informação que permite a recolha, a análise e a comparação ao longo de todo o processo.

Em Portugal tem-se tentado caminhar para a integração de cuidados, mas ainda há um longo caminho a percorrer. Era sem dúvida importante que primeiramente existisse uma única estrutura administrativa e financeira, bem como um sistema de informação integrado em todas as valências de cuidados.

A actual situação económico-financeira do país, bem como o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida, considerando-se a principal causa de incapacidade até ao ano 2020 a doença crónica, levam a que seja necessário um conjunto de reformas nos cuidados de saúde.

O conceito de *disease management*, primeiramente utilizado nos EUA, na década de 80, tem como actual objectivo promover a sustentabilidade do sistema de saúde e a satisfação dos doentes. É necessário dar resposta às novas necessidades da população, mantendo a garantia da universalidade e equidade no acesso, apesar das fortes restrições financeiras.

Se reflectirmos, o doente crónico nos diversos contactos com os cuidados de saúde, visita uma diversidade de prestadores em "diferentes níveis de cuidados" e, na realidade nenhum o acompanha transversalmente.

Impera uma mudança do conceito básico de prestação para uma abordagem centrada no doente de forma holística, assente numa medicina preventiva, preditiva, personalizada e participativa (*P4 Medicine*). Com uma preocupação com os resultados, onde se reduzem custos e consequentemente se aumenta a rentabilidade das instituições.

Na nossa realidade, a resposta dos cuidados de saúde continua a ser episódica, isto é, quando há necessidade de cuidados por parte de determinado indivíduo, o sistema resolve o respectivo problema de forma isolada, com procedimentos não integrantes e não comunicantes entre si.

A fragmentação dos cuidados de saúde em Portugal é uma realidade notória. Actualmente existe apenas 15% de cobertura de Unidades Locais de Saúde (ULS) (integração vertical de cuidados) e continua a existir incorrectamente uma forte dicotomia entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados Especializados. Já no estatuto do SNS de 1993 se ressalvava a importância da criação de Unidades Integradas de Cuidados.

De mencionar que a fusão hospitalar (in-

Reflexão para Acrescentar Valor

tegração horizontal) é realmente uma forma de aumentar a eficiência e assegurar a sobrevida a longo prazo das instituições pois tem o propósito de reduzir custos de produção pela exploração de economias de escala e de diversificação. A redução de custos é possível aumentando a eficiência, visto que economias de escala permitem diminuir serviços duplicados, de subutilização, melhorando a gestão e processos de produção. Todavia, tais resultados só são possíveis pela integração de funções clínicas e administrativas, agindo como um único hospital.

A fusão dos hospitais Portugueses pretendeu melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados, racionalizar a gestão de recursos humanos, promover a complementaridade assistencial entre as unidades existentes, rentabilizar recursos técnicos e humanos, concentrar os meios complementares de diagnóstico com vista a uma melhoria a nível da gestão, pela obtenção de ganhos efectivos que resultam das economias de escala, reorganizar os serviços de apoio e as áreas de gestão e de logística e, o desenvolvimento e inovação dos sistemas de informação.

No relatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) de 2012, salienta-se que apesar de não terem sido efectuados estudos concretos de avaliação, na generalidade, a concentração e especialização de serviços que se repetiam pelas unidades hospitalares, que hoje integram os Centros Hospitalares (CH), evitam perdas de eficiência e recursos financeiros, assim como promovem melhorias em matéria de proximidade, localização, diversidade e qualidade dos serviços prestados.

Numa análise de eficiência técnica e de custos com a fusão dos hospitais (2012), apesar de praticamente inexistentes os estudos sobre a avaliação das fusões, foi o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) que ficou no primeiro lugar do *ranking* dos hospitais públicos Portugueses com reconhecimento de excelência, todavia a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), concluíu que entre muitos outros, o CHUC poderia poupar 55,6 milhões de euros. No caso de Lisboa a poupança estimada seria de 274,8 milhões se todos os hospitais tivessem um nível de eficiência como os melhores.

Face ao exposto, vinculamos actualmente uma estrutura de cuidados de saúde centrada na oferta e fragmentada por nível de prestação, tipo de cuidados, por facilidades, natureza e por utilização.

Tais consequências colocam em evidência, na óptica de pagador, a promoção da doença, a perda de eficiência e a fraca coordenação.

Na óptica dos prestadores, estes são responsáveis exclusivamente pela sua intervenção, com uma cultura própria e uma organização preferencial.

No que respeita ao consumidor estes estão desorientados no sistema, com perda de qualidade assistencial e falta de perceptibilidade e acessibilidade.

Ainda a reflectir que a utilização da unidade de pagamento pela produção nos Cuidados Hospitalares promove um conflito com os objectivos de promoção da saúde e prevenção da doença vinculativos nos Cuidados de Saúde Primários, pois mais produção para o hospital significa um maior volume de receita.

Assim, o actual sistema incentiva a desintegração: três sistemas de financiamento diferentes para um mesmo doente, bem como três sistemas de avaliação independentes para o mesmo doente e, a avaliação de desempenho em nada é semelhante em todos os "níveis de cuidados" (diminuir a amputação nos doentes com pé diabético não é objectivo comum em todos os "níveis de cuidados").

Apesar das tentativas de integração de cui-

dados e de mudanças nos objetivos estratégicos, mesmo através da criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI), e com o reconhecimento da importância da criação dos Centros de Referenciação, bem como da necessidade de cuidados adequados desde o autocuidado até à qualidade dos serviços prestados, continuamos a ter uma integração vertical de cuidados incompleta e uma estrutura fragmentada com duas redes paralelas: Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários. Estruturas com enormes dificuldades de comunicação, onde as tecnologias de informação e comunicação não articulam, nem integram os diferentes níveis de intervenção, com primazia pela doença aguda e desinteressadas na participação activa do cidadão. Onde o sistema de financiamento é pouco responsabilizante e não considera os resultados. Onde existem submercados de cuidados bem como a subespecialização dos mesmos.

O processo de medição de resultados e de custos, é primordial para a melhoria dos cuidados prestados. Impera que seja possível acompanhar o progresso evolutivo, bem como comparar o desempenho dentro da organização e entre organizações de saúde, sendo para tal necessário um ajustamento pelo risco. Assim, é necessário serem disponibilizados relatórios de desempenho com vista à promoção de uma competição saudável.

De mencionar que um dos objetivos da *Troika* para a Saúde, referidos no Memorando de Entendimento entre Portugal e a *Troika* (2011), foi assegurar a plena interoperabilidade dos sistemas de tecnologias de informação nos hospitais, de modo a que a ACSS recolhesse informação em tempo real sobre as actividades hospitalares e elaborasse relatórios mensais a apresentar ao Ministério da Saúde, ao Ministério das Finanças e da Administração Pública. A elaboração de relatórios anuais para comparar o desempenho dos hospitais, com base em indicadores abrangentes, foi outro dos objectivos com vista a definir metas para os hospitais com menor desempenho.

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados deve apoiar-se em indicadores de estrutura, processo e resultado (Modelo de Avaliação da Qualidade - Donnabedian). Ao longo do tempo tem sido abandonada a abordagem centrada na avaliação dos aspectos relacionados com a estrutura e com o processo, sendo o enfoque actual na análise dos resultados, ainda que considerando sempre as outras componentes.

Em Portugal, a medição de resultados centra-se essencialmente em indicadores de processo pois são facilmente mensuráveis e menos controversos. Todavia, quando são usados indicadores de resultados estes raramente vão além da mortalidade e segurança. Impera lembrar que as únicas verdadeiras medidas de qualidade são os resultados, pois são estes que importam para o doente.

A medição de resultados deve considerar a condição médica e não a área de especialidade ou intervenção realizada, devendo abranger todo o processo de cuidados.

Deviamos questionar-nos como é que vamos acrescentar valor para os doentes, melhorando os cuidados prestados, se os resultados das práticas clínicas não são medidos de forma objectiva e clara.

Na prática clínica, estamos munidos de uma imensidão de *guidelines* e protocolos e, ainda que sejam de extrema importância, não são suficientes para acrescentar valor para os doentes.

Era importante que a avaliação dos resultados tivesse uma estreita relação com indicadores como: a taxa de mortalidade, o nível funcional alcançado, o controlo da dor, a capacidade de retorno ao trabalho, o tempo de espera para o início do tratamento, bem como a duração do internamento, as infecções adquiridas nos cuidados de saúde (IACS) e, ainda, o número de readmissões. Só nesta óptica será possível acrescentar valor ao doente.

No trabalho de Michael Porter e Thomas H. Lee – *The Strategy that will fix Health Care*, salienta-se que a medição completa de resultados é essencial para satisfazer as necessidades dos doentes bem como para incentivar os prestadores a adoptarem melhores práticas. Sendo que quanto mais abrangente for esta medição mais valor se poderá acrescentar. Sugerem-se três níveis de avaliação de resultados: (1) o estado de saúde alcançado; (2) o processo de recuperação e a (3) sustentabilidade do estado de saúde atingido. Ao melhorarmos os resultados nos níveis anteriormente apresentados concorremos para uma diminuição de custos e um consequente aumento da satisfação dos doentes.

Ao longo do artigo são apresentados inúmeros exemplos de instituições que reduziram os seus custos pela obtenção de melhores resultados em saúde para os doentes.

Porter, já em 2012, na Universidade Católica de Lisboa salientava que "aquilo que sabemos é que não nos interessa avaliar os

indicadores dos hospitais. Se um hospital tem uma taxa de infecção de 5% ou de 4%, isso não significa nada. Os indicadores que interessam são relativos à condição médica do doente". Usando ainda as suas palavras, e no contexto da divulgação da medição dos resultados, este salienta que "( ) todos estaremos de acordo que é bom para nós, enquanto doentes, termos liberdade de escolha sobre onde queremos ser tratados, onde estão os melhores cuidados tendo em conta a nossa situação. E aquilo que sabemos é que se introduzirmos a liberdade de escolha, isto vai gerar uma dinâmica positiva e as coisas podem melhorar".

A medição de custos por doente é outro aspecto primordial. Actualmente temos implementado um sistema de custeio por serviço ou departamento. A inexistênica de contabilidade analítica nos hospitais não permite uma medição real de custos por doente tratado, sendo deste modo o actual modelo contabilístico usado inadequado para a obtenção dos custos reais.

No que respeita ao pagamento dos cuidados de saúde é premente que se abandonem modelos de pagamento baseados na capitação integrada e no *fee-for*-service e se implemente um modelo baseado no pagamento por preço compreensivo.

A capitação integrada apesar de cobrir todas as necessidades do doente e promover a contenção da despesa, não promove necessariamente a melhoria dos resultados em saúde para os doentes.

O pagamento ao acto coaduna com um aumento do volume de produção que não significa directamente um aumento de valor para o doente.

Neste contexto, modelos de pagamento baseados em pacote de serviços devem cobrir todas as necessidades de saúde do doente. Abrangendo o atendimento de episódios de urgência, bem como o seguimento de doenças crónicas, ou cuidados primários e de prevenção para uma população pré-definida.

Este tipo de pagamento corresponde à atribuição de um valor médio por doente, para determinado período de tempo, que engloba um conjunto de actos médicos, medicamentos, e outras actividades consideradas essênciais para a prestação de cuidados. O pagamento está dependente do cumprimento de objectivos na área da qualidade e segurança do doente, sendo estes aferidos através de um conjunto de indicadores de resultados.

Importa referir que esta modalidade de pagamento deve considerar o ajustamento pela severidade e gravidade.

O pagamento através de pacotes já se encontra em vigor em vários países, como na Suécia, na cidade de Estocolmo, para próteses totais da anca (PTA) e do joelho (PTJ), e outro exemplo é o pagamento por preço compreensivo para transplantes de orgãos nos EUA. Em ambos os países esta modalidade de pagamento traduziu-se numa redução de custos e num aumento da qualidade dos serviços prestados melhorando os resultados em saúde.

Esta modalidade de pagamento promove o trabalho em equipa e melhora o atendimento ao doentes pois existe um alinhamento entre o prestador e o financiador, estando o pagamento vinculado às necessidades de saúde de uma população pré-definida, traduzindo num aumento de eficiência e melhoria dos resultados em saúde, acrescentando valor.

Concluindo, em Portugal, criar valor para o doente, alterando o foco do volume de serviços para os resultados para o doente torna necessário uma mudança radical com o passado. Reduzir os custos em detrimento da qualidade não é solução, e aumentar o lucro é desajustado com os interesses do doente, pois o lucro depende do aumento do volume de serviços e isso não significa ganhos em saúde.

Neste âmbito, é premente implementar de forma efectiva o Modelo de Gestão Integrada da Doença, onde o doente está no centro do sistema e o objectivo passa pela gestão clínica da doença, com primazia pela auto-gestão da mesma.

Não menos importante, é tornar reais os Centros de Elevada Diferenciação, bem como os Centros de Tratamento Integrados, com enfoque na orientação para o doente, com modelos de financiamento específicos baseados nos resultados e ajustados ao risco.

A mudança estratégica necessária passa pela colaboração e coordenação dos diferentes "níveis de prestação de cuidados", com o intuito de se promoverem cuidados de saúde integrados, com elevados níveis de qualidade no que respeita à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como acompanhamento.

A fragmentação existente é de facto um obstáculo à coordenação de actividades, pois os cuidados de saúde são prestados por inúmeros profissionais e raramente um único elemento responde por todo o processo de forma integral.

O nosso país tem ainda um longo caminho a percorrer e as reformas estratégicas e profundas no sistema são necessárias. O aumento das taxas moderadoras não resolve o problema apenas transfere custos e os serviços continuam iguais.

Acrescentar valor é alterar o foco do volume para os resultados centrados no doente. As mudanças estratégicas na prestação de cuidados devem ter a primazia da qualidade, estando o doente no centro do sistema e não os serviços.

NOTAS

1. Modelo de Gestão Integrada da Doença;
2. Plano Nacional de Saúde 2012-2016;
3. Conferência de Michael Porter na Universidade Católica de Lisboa, 2012;
4. Pagamento ao acto;
5. Pagamento por pacote de serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlos Costa, S. L. (2013). *Avaliação dos Hospitais Públicos (internamento) em Portugal Continental (2012)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;
2. Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Portugal;
3. Entidade Reguladora da Saúde (2013). *Relatório de Atividades de 2012*. Porto;
4. Entidade Reguladora da Saúde (2012). *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*. Porto;
5. Michael Porter, T. H. (Outubro 2013). *The Strategy that will fix Health Care*. Harvard: Harvard Business Review;
6. Ministério da Saúde (2011). *Relatorio Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar: os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*. Governo de Portugal;
7. União Europeia, (2011). *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica*.

Avaliação Microeconómica na Saúde

Ria Ajitkumar Lakhani
Médica, Centro Hospitalar do Porto

Autor

Num cenário de limitação de recursos, não é possível concretizar todas as necessidades da sociedade, tornando-se necessário fazer escolhas, que devem ser cuidadosamente fundamentadas. Desde que o conceito de custo-benefício foi introduzido em saúde e no Serviço Nacional de Saúde vários termos económicos se tornaram parte da nossa actividade profissional. No entanto, será que entendemos o significado dos diferentes tipos de avaliação económica na saúde?

Este artigo introduz aos leitores o propósito da avaliação microeconómica no sector da saúde, e explica brevemente as diferenças entre a análise de custo-minimização (usado quando os resultados dos procedimentos que estão a ser comparados são os mesmos), análise de custo-eficácia (utilizado quando os resultados podem variar, mas podem ser expressas em unidades naturais comuns), análise de custo-utilidade (usado quando os resultados descrevem qualidade de vida) e análise de custo-benefício (usado quando atribuímos um valor monetário nos serviços recebidos). Pretende-se também evidenciar o papel do desconto ou actualização e da análise de sensibilidade.

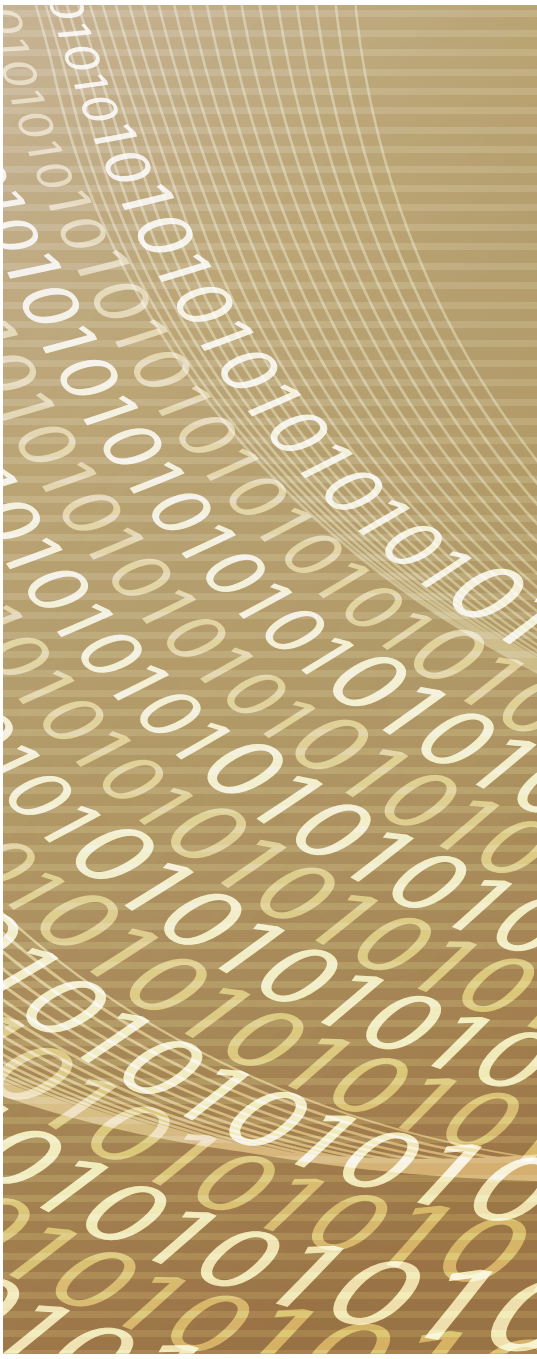
Embora as formas precisas de avaliação económica possam variar, a elaboração de um balanço das vantagens (benefícios) e desvantagens (custos) associados com cada percurso de acção, é comum a todas elas e constitui o traço distintivo destes métodos baseados no princípio da eficiência.

ANÁLISE DO CUSTO DE UMA DOENÇA

Todos os métodos de avaliação têm em comum a identificação de custos associados. Os custos específicos a serem incluídos no estudo são determinados pela perspectiva a adoptar. Podemos listar os custos na perspectiva do doente, do governo, de uma companhia de seguros, do prestador de cuidados de saúde, ou da sociedade.

Os custos directos médicos incluem todos os custos do prestador de cuidados, como hospitais, profissionais de saúde, métodos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e também os custos do seguimento. Os custos directos não-médicos podem abranger os custos do doente. Aqui incluem-se, por exemplo, o transporte e mudanças na alimentação. Teoricamente, estão também incluídos o custo de instalações específicas para o tratamento da doença (custos de água, electricidade, roupa, etc.), investigações médicas e treino de pessoal, custos administrativos, embora na maioria dos estudos estes valores não estão incluídos. Os custos indirectos são os mais difíceis de estimar. Estes incluem a perda de recursos devido à morbilidade e mortalidade, que inerentemente coloca um montante monetário no valor da vida. Esta questão não é sem controvérsia.

Este tipo de estudo permite-nos medir o impacto de uma ou várias patologias e também estimar as poupanças ou ganhos potenciais se a doença fosse erradicada. Nos últimos 30 anos estes estudos foram principalmente usados para justificar estratégias e intervenções de saúde pública. Existem dúvidas se estes estudos serão realmente úteis por não avaliarem tendências na população geral, por existirem outros métodos mais completos de avaliação económica e porque várias vezes diferentes méto-



dos de colecção de dados e perspectivas não permitem a comparação directa entre vários estudos.

ANÁLISE DE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS (AMC)

A análise de minimização de custos refere-se à simples comparação de custos entre duas intervenções. Esta forma de análise deve ser utilizada quando existe forte evidência de que ambas intervenções têm as mesmas consequências. Portanto, o objectivo será identificar o procedimento com menor custo em unidades monetárias.

Este método é por vezes aplicado na comparação de custos entre dois fármacos da mesma classe e com os mesmos efeitos, mas com custos de aquisição e de administração diferentes.

ANÁLISE CUSTO-EFECTIVIDADE (ACE)

A análise custo-efectividade tem como objectivo minimizar os custos de atingir um único objectivo específico. Pressupõe-se que este objectivo é sempre desejável. A medida de efectividade é dada em custo de "unidades físicas", por exemplo, custo de anos de vida ganhos (*Life Years* – LY), dias sem doença ou número de casos detectados.

Este tipo de análise é útil na comparação de programas alternativos cujos efeitos são medidos nas mesmas unidades. Porém, não é apropriado para analisar programas com diferentes tipos de efeitos expressos em unidades diferentes, ou quando existem múltiplos efeitos clínicos (como redução em mortalidade e também o aumento de esperança de vida). A análise custo-efectividade não deve ser utilizada quando se trata de um único programa, dado que não há alternativas para comparar a relação custo-efectividade.

Quando uma das alternativas sujeita a análise é a mais eficaz e também a mais barata, a escolha é clara. A dificuldade surge quando o tratamento mais eficaz é também o mais caro. Neste caso, é possível calcular a razão de custo-efetividade incremental (ICER). A comparação de ICER é útil quando existem várias alternativas consideradas custo-efectivas para alcançar um único objectivo. Esta razão descreve quanto deve ser pago por cada efeito adicional se aplicarmos a alternativa mais cara (e mais efectiva). Um valor alto de ICER traduz uma medida menos efectiva e mais cara.

Podemos então dizer que os estudos de ICER proporcionam uma oportunidade para ajudar a conter custos sem consequências adversas à saúde.

ANÁLISE DE CUSTO-UTILIDADE (ACU)

A análise de custo-utilidade pode ser considerada uma forma mais específica da análise custo-efectividade.

Devemos utilizar este método de avaliação económica: quando a consequência mais importante de um procedimento é o efeito na qualidade de vida (procedimentos paliativos); quando queremos incluir a mortalidade e morbilidade num estudo (tratamentos quimioterápicos); quando as intervenções a serem comparadas têm um leque de efeitos muito variados e existe necessidade de uma unidade comum (por exemplo se devemos investir na expansão do programa de hipertensão ou se devemos investir numa unidade de reabilitação

cardíaca). Este método permite também medir o custo de oportunidade.

O QALY (*Quality Adjusted Life Year*) é a medida mais usada nas ACU. Um QALY é calculado ponderando cada ano remanescente da vida pela qualidade de vida esperada no ano em questão. Normalmente, o valor zero corresponde a "morte" e o valor um corresponde a um ano de "perfeita saúde". O sistema de descrição padrão mais usado para determinar o peso associado com um estado particular de saúde é o questionário EQ5D do Grupo EuroQol. Existem também os *Healthy Years Equivalents* (HYE) e os *Disability Adjusted Life Years* (DALY). Todos os sistemas têm as suas vantagens e limitações.

ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO (ACB)

A análise custo-benefício tem a distinta característica de propor um valor monetário não só aos custos, mas também às consequências de um procedimento, permitindo então uma comparação directa com outros investimentos noutros sectores da economia. Desta forma, o procedimento valerá o investimento se o benefício for de maior valor do que os custos.

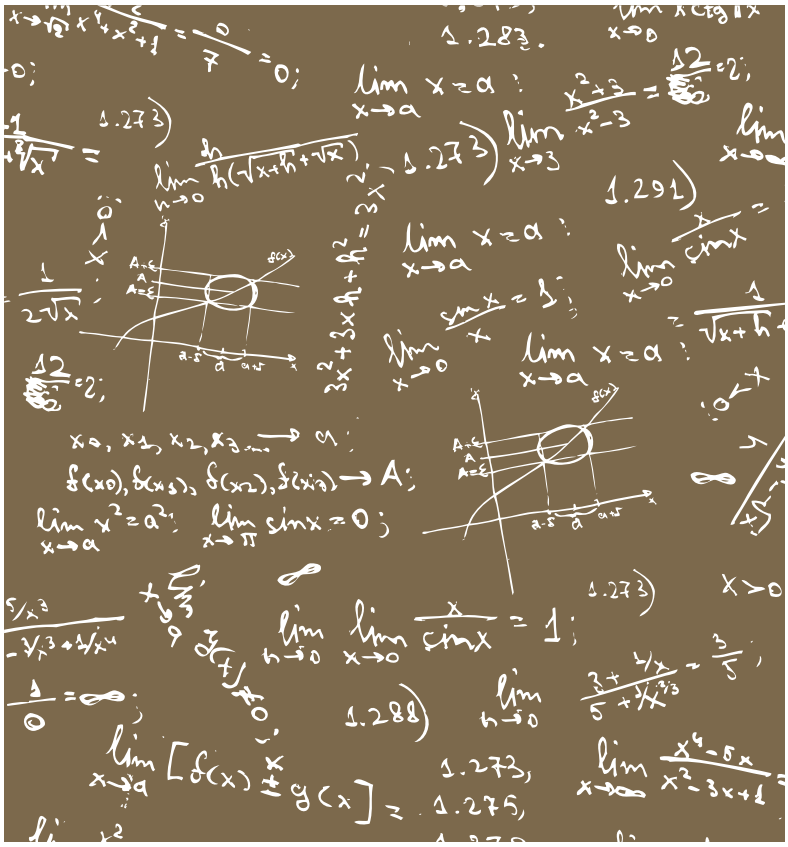
A avaliação do valor monetário das consequências humanas de um cuidado médico não é um procedimento fácil, e é a razão pela qual a maioria dos estudos publicados na saúde são ACE ou ACU. No entanto, existem vários métodos descritos para o fazer.

DESCONTO/ACTUALIZAÇÃO DE CUSTOS E BENEFÍCIOS

Geralmente, os indivíduos preferem efectuar determinadas despesas no futuro e usufruir dos benefícios no momento presente. Este conceito simplesmente reconhece que um Euro hoje valerá mais no futuro, e portanto, os custos e os benefícios no futuro devem ser descontados ou actualizados para serem comparáveis a valores presentes.

A taxa de desconto a utilizar é o aspecto mais crítico quando queremos determinar o valor actual de um projecto ou programa. O valor usado deve reflectir a perspectiva do estudo. Uma taxa de desconto mais alta reflecte uma maior importância aos custos e benefícios que são mais próximos do presente.

Em 1998, a Infarmed publicou orientações em que sugere um valor de 5% para a actualização de custos e de consequências.



INCERTEZA DOS DADOS

Em todas as avaliações económicas podem surgir riscos e/ou incerteza. As incertezas podem ser fundamentadas em desacordos nos métodos usados para a análise; a necessidade de extrapolar resultados com o tempo; o desejo de generalizar resultados obtidos para outros contextos. Outros riscos podem ocorrer também por exemplo na aderência aos tratamentos, prejudicando resultados finais.

Como exemplo, numa análise de sensibilidade podemos testar taxas de desconto diferentes na actualização dos custos e benefícios. Se após a análise de sensibilidade, as alterações feitas mudarem os resultados de forma significativa, a validade das conclusões podem ser questionáveis. Por outro lado, se não existirem grandes alterações, então a confiança nos resultados obtidos será maior.

LIMITAÇÕES DA AVALIAÇÃO ECONÓMICA

Por vezes, os resultados de um estudo de avaliação económica estão, limitados à situação em causa, dificultando comparações entre programas. De facto, a maior parte dos autores reconhece a necessidade de uma estandardização nas metodologias dos estudos de avaliação económica, facilitando a comparação de resultados entre estudos de avaliação económica no sector da saúde e para manter determinados níveis de exigência na qualidade da metodologia utilizada.

Acrescenta-se também que qualquer avaliação económica consome recursos, pelo que, em última instância, uma Análise Custo-Benefício deveria ser sempre submetida a uma Análise Custo-Benefício(!) Por esta razão, parece razoável sugerir que as técnicas de avaliação económica terão maior utilidade em situações em que as alternativas são significativamente diferentes ou em casos em que estão envolvidos elevados investimentos em recursos.

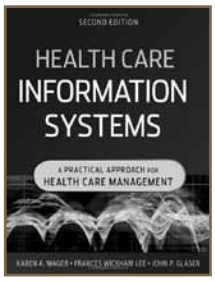
Os métodos de avaliação económica na saúde permitem-nos ter métodos definidos para tomadas de decisão. Não será a única consideração a ter, mas será um factor importante. Os clínicos devem ter conhecimento dos princípios básicos das avaliações económicas e de como poderão ter impacto nas suas opções terapêuticas e diagnósticas.

Livros

Health Care Market Strategy: From Planning to Action

Autores: Steven G. Hillestad, Eric N. Berkowitz
Edição/reimpressão: 2012

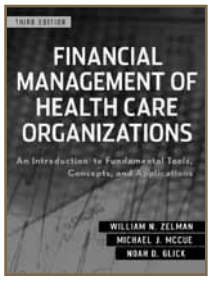
Sinopse: Health Care Market Strategy: From Planning to Action, Fourth Edition, a standard reference for over 15 years, bridges the gap between marketing theory and implementation by showing you, step-by-step, how to develop and execute successful marketing strategies using appropriate tactics. Put the concepts you learned in introductory marketing courses into action using the authors' own unique model - called the strategy/action match - from which you will learn how to determine exactly which tactics to employ in a variety of settings. In this new edition, you'll also discover the latest practical applications for strategy development, the marketing planning process, challenges of a competitive marketplace, vision, and other critical aspects of health care marketing. The Fourth Edition also examines new health care delivery models, increasing competition, foreign competitors, and health care reform. Students will come away with a clear understanding of the link between the board room and its connection to tactics in the marketing division. The authors provide models and methods to help organizations discuss and create clear and precise visions for their organizations.



Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Management

Autores: Karen A. Wager, Frances W. Lee, John P. Glaser
Edição/reimpressão: 2013

Sinopse: This most widely used textbook in the field has been thoroughly revised and updated to reflect changes in the health care industry and the renewed focus on health care information technology initiatives. Two new chapters cover Federal efforts to enhance quality of patient care through the use of health care information technology and strategy considerations. Additionally, reflecting the increased focus on global health, the book features an international perspective on health care information technology. Case studies of organizations experiencing management-related information system challenges have been updated and several new cases have been added. These reality-based cases are designed to stimulate discussion among students and enable them to apply concepts in the book to real-life scenarios. The book's companion Web site features lecture slides, a test bank, and other materials to enhance students' understanding.



Financial Management of Health Care Organizations: An Introduction to Fundamental Tools, Concepts and Applications

Autores: William N. Zelman, Michael J. McCue, Noah D. Glick, Marci S. Thomas
Edição/reimpressão: 2014

Sinopse: This new Fourth Edition of Financial Management of Health Care Organizations, offers an introduction to the most-used tools and techniques of health care financial management, including health care accounting and financial statements; managing cash, billings and collections; making major capital investments; determining cost and using cost information in decision-making; budgeting and performance measurement; and pricing.

Imposto Sobre o Valor Acrescenta
Isenções na Saúde

Ruben Loureiro*, Jorge Cartaxo**
* Centro Hospitalar Médio Tejo | **Escola Superior Gestão de Tomar

Autores

INTRODUÇÃO

De acordo com o preâmbulo do Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado (CIVA), o "IVA visa tributar todo o consumo em bens materiais e serviços, abrangendo na sua incidência todas as fases do circuito económico, desde a produção ao retalho, sendo, porém, a base tributável limitada ao valor acrescentado em casa fase"[1].

Neste sentido, o imposto apresenta na área da saúde isenções que poderão ser benéficas para o consumidor final e para a organização. Como tal, pretende-se neste artigo abordar o IVA e as suas isenções mais relevantes na área da saúde, assim como apresentar alguns dados importantes na abordagem à renúncia da isenção desse mesmo imposto.

O estado dispõe destes impostos para gerir a sua economia, embolsando assim receitas necessárias para satisfazer necessidades recorrentes da sociedade que são cada vez mais supridas pelo IVA, que enquanto imposto indirecto, ocupa um lugar pioneiro na tributação, já que é um dos principais responsáveis pela maior fatia de receitas[2].

IMPOSTO SOBRE O VALOR ACRESCENTADO (IVA)

O imposto assume-se como o principal meio de satisfação das necessidades do Estado, segundo Carlos *et al.*, (2012) e citado por Cabrita, (2013) este é definido como "(…) uma prestação patrimonial, definitiva, unilateral, estabelecida pela lei, a favor de entidades que exerçam funções públicas, para satisfação de fins públicos, que não constitui sanção ou um acto ilícito, nem depende de qualquer vínculo anterior".

Entre as características mais relevantes, os impostos podem ser: estaduais e não estaduais; directos e indirectos; sobre o rendimento, sobre o património e sobre a despesa[1].

O imposto sobre o valor acrescentado é regulamentado pelo Código do Imposto Sobre o Valor Acrescentado (CIVA) e é caracterizado em termos gerais por ser:

- Um imposto geral sobre o consumo (artigo 1º CIVA);
- Um imposto plurifásico, pois é liquidado em todas as fases desde o produtor ao retalhista[1];
- Não é cumulativo, pois o pagamento do imposto devido é fraccionado pelos vários intervenientes do Código do IRC[1];
- Um imposto proporcional, porque o imposto a pagar varia proporcionalmente, consoante a base tributável, por aplicação de uma taxa única – podendo a mesma ser de 23% (normal), 13% (intermédia) ou 6% (reduzida) em Portugal Continental, consoante o tipo de operação)[1].

Nos modernos sistemas de economia de mercado, as receitas públicas mais significativas são as receitas tributárias, que encontram o seu fundamento na existência de um "dever genérico de cobertura dos encargos públicos", como afirma Franco (1997:58) citado por Cabrita (2013).

O IVA surgiu em França pela intervenção do inspector de Finanças Maurice Lauré, com objectivo de atenuar os preços dos bens, incluindo assim um imposto com base na produção. Posteriormente a então Comunidade Económica Europeia rendeu-se e adoptou nos finais da década de sessenta este novo imposto, que veio a ocorrer no nosso país em 1 de Janeiro de 1986 e substitui o Imposto de Transacções[2].

O mérito obtido nos países que já tinham adoptado este novo imposto e as necessidades cada vez maiores de financiamento no sector público, foi uma das razões que estiveram na base da adopção deste imposto. O aumento da receita fiscal é uma das razões lógicas do acesso a este imposto. Efectivamente existe grande diferença de taxas implementadas em vários países, isto identifica um problema, visto afectar a eficiência do sistema de IVA, na medida em que imple-

Tabela 1: Isenção de IVA.

Isenções em IVA	
Simples ou Incompletas	**Completas**
- Não Liquida - Não deduz - Art. 9º	- Não Liquida - Permite dedução

Tabela 2: Isenção Simples - Elaboração própria.

Compras		**Vendas**	**IVA entregar**
Valor sem IVA	100 000,00 €	123 000,00 €	
IVA	23 000,00 €		
Margem		**12 300,00 €**	
Total	123 000,00 €	135 300,00 €	0 €

do

Tabela 3: Consulta Médica (Renúncia Isenção) Elaboração Própria.

Consulta Médica			
Valor sem IVA	70,50 €		
IVA	4,50 €	***10 222***	46 000,00 €
Total com IVA	75,00 €		

Tabela 4: Equipamento Médico (Renúncia Isenção) Elaboração Própria.

Equipamento Médico	
Valor sem IVA	154 000,00 €
IVA	46 000,00 €
Total com IVA	200 000,00 €

menta a complexidade, o que se traduzirá certamente num aumento de custos[2].

Neste contexto, existe necessidade certamente de uma taxa única de IVA, apontando-se que uma tal estrutura permitiria por um lado maiores receitas e, por outro lado, uma diminuição dos custos fiscais da Administração Tributária[2].

Segundo a OCDE o IVA apresenta-se como uma das principais fontes de receita de um significativo número de países (mais de cento e cinquenta) sendo responsável por 30% de toda a receita recolhida pelos governos em toda a Organização, sendo o IVA a principal forma de tributar o consumo em 33 dos 34 estados membros da OCDE (com excepção dos EUA) representando dois terços das receitas totais da tributação do consumo[2].

ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A saúde em Portugal tem vindo a sofrer diversas transformações, parte delas devidas ao contexto social e político onde o país está incluído, pois de acordo com Amendoeira (2009), durante a segunda metade do século XX, Portugal foi sofrendo diversas transformações, num período de tempo particularmente reduzido, transformações estas de importância transcendente, tais como a democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

De uma forma cronológica, destaca-se a organização dos "Serviços de Saúde e Beneficência Pública", iniciada em 1899 pelo Dr. Ricardo Jorge, a qual entra em vigor em 1903 e estabelece que a prestação de cuidados de saúde era então de carácter privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres. O desenho do SNS demorou cerca de dez anos a ser implementado, reflectindo as contradições e as lutas internas, entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000, citado por Baganha *et al.*, s/data).

Importa referir que a transformação do sistema de saúde em Serviço Nacional de Saúde teve consequências muito positivas no que respeita a saúde populacional e todos os indicadores que avaliam a demografia social, mais concretamente, no que diz respeito à eficácia do SNS na cobertura da população, citado por Baganha *et al.* (s/data, p.5), *"os resultados são animadores: entre 1974 e 1978 houve um aumento quase de 100% na população coberta. O salto qualitativo deu-se mais concretamente de 1977 para 1978, onde a criação dos Centros de Saúde desempenhou um papel fundamental"*.

Nos anos 90, o sistema de saúde português é regulamentado por dois diplomas fundamentais, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90 de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei 22/93, de 15 de Janeiro), onde se instituiu o princípio da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados[3]. Há cerca de uma década atrás, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE). Desta forma, a transformação continuada do sistema de saúde e, como consequência, a estruturação do SNS têm que ser vistas como um processo de aperfeiçoamento de forma a acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da Sociedade[4].

IVA NA SAÚDE – ISENÇÕES

O artigo 9º do Código do IVA, inicia redigindo as isenções na área da saúde nas primeiras alíneas. Pode assim ser isenta a prestação de serviços médicos e serviços conexos por estabelecimentos de saúde. O referido artigo cita resumidamente duas isenções que se irá tratar ao longo deste artigo, considerando-

-se as mais usuais na área da saúde, os quais:
- *"As prestações de serviços efectuadas no exercício das profissões de médico, odontologista, parteiro, enfermeiro e outras profissões paramédicas";*
- *"As prestações de serviços médicos e sanitários e as operações com elas estreitamente conexas efectuadas por estabelecimentos hospitalares, clínicas, dispensários e similares".*

O sentido da isenção parece evidente: sendo um imposto que é suportado em última análise pelo consumidor final e tratando-se de um bem essencial, compreende-se que este tipo de serviço esteja isento. Parece também patente esta isenção ser benéfica para o estado, ou seja, o estado é um dos maiores consumidores de serviços de saúde ao convencionado através de contrato-programa, e como tal a isenção neste âmbito será benéfica para eles visto serem literalmente o "consumidor final". Fiscalmente, qualquer situação de isenção constitui uma excepção à regra de incidência. Regra geral, as isenções acolhidas no Código do IVA funcionam de forma automática, isto é, não é necessário que o sujeito passivo solicite a respectiva aplicação, pois como qualquer benefício fiscal em sede deste imposto, as isenções consubstanciam situações excepcionais, devendo ser objecto de interpretação restritiva[3].

Importa referir que nos casos médicos em que apenas estão isentos os serviços médicos e não outras actividades desenvolvidas pelos médicos, como a realização de conferências, formação, ensino e outros serviços[3]. A isenção refere-se a serviços de saúde em sentido amplo, mas por exemplo, os psicólogos podem desenvolver uma actividade médica isenta, mas tal isenção não abrange a elaboração de testes psicotécnicos, selecção de pessoal, recrutamento e outras temáticas "não médicas".

No âmbito do IVA existem dois grandes tipos de isenções, com características e efeitos essencialmente diferentes: isenções simples e isenções completas como nos mostra a tabela I.

Assim, no caso do art. 9º será considerado isenção de IVA simples ou incompleta, pois não se liquida mas também não se deduz. As operações referidas no art. 9º, traduzem o facto de o sujeito passivo não liquidar imposto nas transmissões de bens ou prestações de serviços que efectuar, não podendo, em contrapartida, deduzir o imposto suportado nas aquisições[3].

No caso a tratar (isenção simples), pretendendo uma margem de 10%, ter-se-á de considerar os seguintes valores:

A titulo de curiosidade, visto não se aplicar ao artigo 9º do CIVA, a isenção completa, além de permitir ao sujeito passivo não liquidar imposto na venda, confere-lhe o direito à dedução do imposto suportado na aquisição, o que se traduz num crédito de imposto a seu favor[3].

Neste caso, o bem fica totalmente desonerado da carga fiscal, pois o imposto suportado nas aquisições, sendo dedutível, não agrava o custo do bem, contrariamente ao que acontece com a isenção simples, o que se reflecte favoravelmente no preço final praticado[3].

VANTAGENS – RENÚNCIA À ISENÇÃO

As isenções apresentadas no art. 9º do Código do IVA, poderão ser renunciadas no âmbito do 12º artigo do mesmo código. Como tal, podem assim fazer com que o consumidor final pague imposto, isto só será relevante em certos casos, ou seja a partir de certos valores como iremos ver seguidamente e particularmente para a entidade. No caso do utente, sendo consumidor final, será desvantajoso.

No caso de isenção, como já vimos anteriormente o contribuinte não pode liquidar, nem poderá deduzir. Como tal, a título de exemplo, num caso de uma clínica que preste um serviço médico por determinado valor, considerando uma taxa de IVA de 6% (1), será oportuno a partir de determinado valor de gastos em equipamentos renunciar essa isenção para poder deduzir o valor desses equipamentos.

Uma clínica com consultas unitárias de 70,50€, se renunciar a isenção terá de acrescentar a este valor o seu IVA à taxa legal em vigor (6%), o qual ascende a 75,00€ o valor total pago pelo utente. Como tal, a "olho nú" apresenta uma grande diferença para o pagador (utente), mas para a realidade fiscal da clínica poderá tornar-se vantajoso.

Como nos mostram as tabelas, a Clínica ao optar por renúncia à isenção, só ao atingir as 10.222 consultas, atingirá o valor de IVA gasto em equipamento médico. Como tal, antes deste valor de consultas médicas, o valor de IVA será sempre linearmente IVA a recuperar. Caso exista isenção de IVA, nunca reaverá IVA visto que o mesmo será sempre considerado como gasto, nesse caso será o valor do equipamento de € 200.000,00.

CONCLUSÃO

Após esta análise, percebe-se porque é que as isenções em sede de IVA podem ser verdadeiramente penalizadoras, embora possa parecer antagónica à primeira vista.

No caso de um médico, isento ao abrigo do n.º 1 do art. 9.º do CIVA que, apesar de não ter que liquidar IVA aos seus utentes, tem grandes despesas de investimento em equipamento médico e de diagnóstico, cujo IVA suportado não pode deduzir, este vê-se naturalmente obrigado a reflectir esse custo no preço das suas consultas.

Por esse motivo, para simplificar o processo, o Código do IVA consagra, excepcionalmente em algumas situações, o direito a renunciar a essa isenção, passando o sujeito passivo, a liquidar e a deduzir o IVA, nos termos normais[3].

Na saúde o tipo de isenção aplicado é a isenção simples, onde não liquida mas também não deduz. Como tal, e como já foi demonstrado nos capítulos anteriores, a renúncia à isenção permitida no art.12º do CIVA pode ser vantajoso para o sujeito passivo.

NOTAS

(1) Taxa de IVA em Junho de 2014.

REFERÊNCIAS

1. Cabrita, Diogo José Guerreiro Grave. *IVA nas organizações sem fins lucrativos*. Aveiro: UAveiro, 2013;
2. Sampaio, Joana Rita Oliveira. IVA – *Implicações em sede de política fiscal – Um instrumento de modelação de comportamentos?* Porto: FDPorto, 2013;
3. Baganha, Maria Ioannis, Ribeiro, Joana Sousa e Pires, Sónia. *O sector da Saúde em Portugal: funcionamento e caracterização sócio profissional*. Coimbra: s.n.;
4. Amendoeira, José. *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades*. Santarém: Politécnico de Santarém;
5. Roriz, José, et al. *Isenções, valor tributável e taxa do IVA*. Braga: Universidade do Minho, 2011.

Sites

MedlinePlus

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/

MedlinePlus is the National Institutes of Health's Web site for patients and their families and friends. Produced by the National Library of Medicine, it brings you information about diseases, conditions, and wellness issues in language you can understand. MedlinePlus offers reliable, up-to-date health information, anytime, anywhere, for free.
You can use MedlinePlus to learn about the latest treatments, look up information on a drug or supplement, find out the meanings of words, or view medical videos or illustrations. You can also get links to the latest medical research on your topic or find out about clinical trials on a disease or condition.

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P.

http://www.inml.mj.pt/inml.html

Uma das atribuições essenciais do INMLCF consiste em cooperar com os tribunais e demais serviços e entidades que intervêm no sistema de administração da justiça. Em tal tarefa há bastas vezes colisões entre direitos fundamentais dos cidadãos. Daí que a ?concordância prática? entre eles somente possa ser acautelada por intermédio de uma actuação independente, erigida como nossa bússola.

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

http://spms.min-saude.pt/registo/

Aqui poderá encontrar os serviços que disponibilizamos nas áreas de compras e logística, gestão financeira, recursos humanos e tecnologias de informação e comunicação (TIC). Tem ainda acesso ao Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde, à publicação dos concursos públicos, a relatórios e análises mensais sobre os diferentes projectos TIC e a todas as informações sobre a restante actividade da SPMS.

Inspecção-Geral das Actividades em Saúde

http://www.igas.min-saude.pt/

A IGAS tem por missão auditar, inspeccionar, fiscalizar e desenvolver a acção disciplinar no sector da saúde, com vista a assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação em todos os domínios da actividade e da prestação dos cuidados de saúde desenvolvidos quer pelos serviços, estabelecimentos e organismos do Ministério da Saúde, ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades privadas, pessoas singulares ou colectivas, com ou sem fins lucrativos.

Implementação dos Sistemas de e DiQuOr nos Centros de Saúde

Andreia Campelo Barbosa
Autor
Aluna do 4º Ano da Licenciatura de Audiologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto

INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Saúde promovem e atestam os níveis de saúde da população, assim como asseguram a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde de que usufruem. Para tal efeito, estes sistemas têm também que garantir e assegurar que os prestadores de cuidados de saúde transmitem um bom desempenho e que os recursos são usados de uma forma eficiente e racional (Pilar, 2009). De acordo com a Recomendação Nº 17/97 do Conselho de Ministros da Europa e a Declaração "Saúde para todos no ano 2000" da Organização Mundial da Saúde da Região Europeia, a implementação de um Sistema da Qualidade na área da Saúde era uma necessidade óbvia (Pilar, 2009).

Qualidade é um termo intemporal e amplo, uma vez que este conceito apresenta vários significados, em diferentes momentos e dependendo dos autores. Contudo, este termo pode ser definido como a "totalidade das propriedades e características de um produto ou serviço que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades explícitas e implícitas". Na área da Saúde, *qualidade* tem um significado diferente em relação a outros sectores de actividades, visto que apresenta algumas particularidades. Segundo o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, a *qualidade* no sector da Saúde traduz "o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e as populações, aumentam as probabilidades de obter os resultados esperados de saúde e são coerentes com o conhecimento profissional" (Pilar, 2009; Henriques, 2008).

Em Portugal, o Ministério da Saúde, sendo o coordenador do sistema de saúde português – o Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem como uma das suas missões potenciar a coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde. A Qualidade em Saúde (QeS) tenta transmitir confiança e satisfação a todos os indivíduos que frequentem as instituições de saúde, quer sejam cidadãos nacionais quer internacionais ou profissionais de saúde, bem como proporcionar segurança nas instituições, conferindo uma adequada relação custo/benefício. Consciente destas preocupações, o Ministério da Saúde optou por desenvolver, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, entidades responsáveis pela qualidade das instituições de saúde. Assim, no ano de 1999, verificou-se a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), que posteriormente, em 2007, foi substituído pela Agência da Qualidade em Saúde (AQS). Passados dois anos, com a publicação da Portaria Nº 155/2009 de 10 de Fevereiro, surgiu o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), actualmente ainda existente, cuja principal missão é promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Este Departamento detém então competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde (DGS, s.d. a).

No que concerne ao antigo IQS, que tinha igualmente a finalidade de exercer uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, surgiram algumas metodologias desenvolvidas no sentido de contribuir para a qualidade organizacional das instituições de Saúde, tais como: Protocolo IQS-KFHQS (*King's Fund Health Quality Service*), MoniQuOr CS, *QualiGest*, Normas de Orientação Clínica (NOC), *Portuguese Quality Indicators Project* (PQIP), Programa de Melhoria Contínua da Qualidade, Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento, Projecto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento Hospitalar e *5S - Kaizen* (Pilar, 2009).

É ainda fundamental diferenciar os termos *acreditação* e *certificação* de sistemas de gestão. Na verdade, na área da Saúde, *acreditação* é comummente referenciada como sinónimo de *certificação*. Contudo,

Tabela 1 – Participação de Centros de Saúde (CS) no programa MoniQuOr entre 1998 e 2000.

Tipo de avaliação	Nº de CS participantes
Auto-avaliação de 1998	290
Auto-avaliação de 1999	102
Duas auto-avaliações (1988 e 1999)	82
Avaliação cruzada de 1999	110
Três avaliações anteriores	62
Auto-avaliação de 2000	110

Fonte: Biscaia e Pisco, 2001.

Gestão da Qualidade MoniQuOr Portugueses

segundo o Instituto Português da Acreditação (IPAC), acreditação é definida como o "procedimento através do qual o organismo nacional de acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte" (Decreto-Lei Nº 125/2004). Já a certificação, segundo o Instituto Português da Qualidade (IPQ), é respeitante ao "procedimento através do qual uma terceira parte disponibiliza uma garantia escrita de que um produto, processo ou serviço está em conformidade com uma norma ou outro documento normativo específico" (Gomes, 2010).

METODOLOGIA

• MONITORIZAÇÃO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DOS CENTROS DE SAÚDE – MONIQUOR CS

O programa MoniQuOr CS foi desenvolvido pela Direcção-Geral de Saúde, em 1998, com o intuito de criar um sistema de avaliação e monitorização do desempenho dos Centros de Saúde portugueses, tendo sido coordenado pelo IQS entre 1998 e 2006 (Pilar, 2009).

É então um instrumento que permite a auto-avaliação e a monitorização voluntária da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde, através de uma metodologia de avaliação progressiva. As avaliações dos Centros de Saúde através do programa MoniQuOr podem ser de três tipos: internas, cruzadas e externas. Assim sendo, este programa é constituído por um conjunto de 163 critérios de Qualidade Organizacional englobados em seis grandes áreas: 1. organização e gestão; 2. direitos dos cidadãos; 3. promoção da saúde; 4. prestação de cuidados de saúde; 5. educação contínua e desenvolvimento da qualidade; 6. instalações e equipamentos. Os critérios a utilizar para a valorização dos diferentes itens foram previamente definidos por um grupo de trabalho do MoniQuOr (Pilar, 2009; Biscaia & Pisco, 2001).

No início desta iniciativa, nos anos de 1998, 1999 e 2000, verificou-se uma ampla participação a nível nacional (ver Tabela 1), sendo que os resultados globais, embora não comparáveis devido a serem respeitantes a diferentes grupos de Centros de Saúde, revelaram consistência e valores muito semelhantes tanto entre as auto-avaliações de 1998, 1999 e 2000 como em relação às avaliações cruzadas de 1999. Estas avaliações foram acompanhadas de informação de retorno personalizada a todos os Centros de Saúde participantes, tendo sido comparados os seus dados com a média nacional, da região e sub-região de saúde (Biscaia & Pisco, 2001).

• DIAGNÓSTICO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL – DIQUOR

Anos mais tarde, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), em 2007, e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), no ano de 2008, criou-se a obrigação legal de estas unidades virem a estar acreditadas num prazo de três anos e iniciou-se a busca de um modelo completamente adaptado à realidade portuguesa e já validado. Chegou-se então ao Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia* – Modelo ACSA. Assim sendo, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS), baseado no Despacho Nº 69/2009 de 31 de Agosto, aprovou o Modelo ACSA como modelo oficial e nacional de acreditação para as instituições do Serviço Nacional de Saúde (Christo, 2010; DGS, s.d. b).

A par desta necessidade, surgiram o DiQuOr (que teve origem a partir do MoniQuOr) e as primeiras grelhas de avaliação das USF. O DiQuOr é um instrumento que permite um Diagnóstico da Qualidade Organizacional destas unidades de saúde e, como tal, permite criar "uma disciplina de monitorização, no tempo, da evolução das mudanças que vão ocorrendo" nas USF e nas UCSP. A ideia era reforçar a confiança das equipas, ajudando-as a aperfeiçoar determinados aspectos, numa lógica de melhoria contínua da qualidade, tal como objectivava o MoniQuOr. Nesse âmbito, o DiQuOr incide igualmente em seis grandes áreas: 1. organização e gestão; 2. informação e direitos dos utentes; 3. oferta assistencial; 4. desenvolvimento das equipas e qualidade; 5. instalações, saúde, higiene e segurança; 6. articulação, equipamentos e sistemas de informação (Christo, 2010; Oliveira, 2011).

RESULTADOS

No início da implementação da metodologia MoniQuOr CS, nos anos de 1998, 1999 e 2000, foi possível recolher alguns dados relativamente aos tipos de avaliações rea-

lizadas e ao número de Centros de Saúde onde as mesmas se realizaram.

Tendo em conta as duas metodologias abordadas, o MoniQuOr e o DiQuOr, é possível estabelecer ainda uma comparação entre ambas (ver Tabela 2), sobretudo, no que diz respeito às áreas que estes instrumentos avaliam.

DISCUSSÃO

É natural que, com a evolução ocorrida nos últimos 15 anos ao nível das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde, também a Qualidade em Saúde em Portugal tenha sido alvo de algumas alterações ao longo da sua existência. Um caso que evidencia este facto é o desenvolvimento e aperfeiçoamento do Sistema de Gestão da Qualidade relativo à Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr CS), que prevalecem durante a "era dos Centros de Saúde", mas que teve que ser adaptado para o modelo de Diagnóstico da Qualidade Organizacional (DiQuOr), aquando da implementação das Unidades de Saúde Familiar, em 2007.

De acordo com o Plano Nacional de Acreditação em Saúde, elaborado pelo Departamento da Qualidade na Saúde, as áreas em que se evoluiu mais foram as seguintes: compreensão dos direitos dos doentes; consentimento informado e participação; protecção de dados pessoais e da informação confidencial; abordagem dos processos assistenciais; extensão das actividades de promoção da saúde; manutenção e segurança dos equipamentos; criação de mapas de risco; definição das competências profissionais e dos planos de desenvolvimento individual; uso racional de medicamentos e tecnologias; adesão a normas e protocolos; monitorização de práticas e indicadores.

Contudo, existem ainda vários aspectos que necessitam de ser trabalhados e melhorados. Assim sendo, o Eixo Estratégico relativo à Qualidade em Saúde, integrante do Plano Nacional de Saúde para o período de 2012 a 2016, sugere algumas orientações a serem seguidas, tais como: ao nível organizacional, as instituições devem estabelecer políticas da qualidade a nível institucional que assegurem a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e dos profissionais, monitorizar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais, promover acções de formação sobre Qualidade em Saúde nas organizações de saúde, assim como avaliar e divulgar a qualidade e custo-efectividade das práticas institucionais (Oliveira, 2011).

CONCLUSÃO

Metodologias de Gestão da Qualidade como o MoniQuOr e o DiQuOr, ou até como o *King's Fund*, contribuíram de forma primordial para o avanço da melhoria da qualidade nos serviços de saúde nacionais. É importante realçar que esta melhoria contínua só é alcançada através da identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objectivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e actuar sobre os pontos críticos, planear e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baylina, Pilar. *Qualidade em Saúde*. Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto; Vila Nova de Gaia, 2009;
2. Biscaia, JL., Pisco, L. (2001). *Avaliação da Qualidade: Qualidade de cuidados de saúde primários. 2*, p. 43-51. Disponível em: http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2001-t/e-04-2001.pdf;
3. Christo, FH. (2010). *Acreditação de Unidades de Saúde nos CSP – A experiência de Valongo*. In 35º Colóquio da Qualidade. Disponível em: http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2010/12/2_Acreditacao-nos-CSP_Filipa-Homem-Christo.pdf;
4. Direcção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (s.d. a). Disponível em: http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521;
5. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. (s.d.b). Disponível em:http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001700 75AAAAAAAAAAAA;
6. Gomes, R. (2010). *Contributo para a Acreditação nos Serviços de Imagiologia em Portugal*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. (p. 16). Disponível em: http://run.unl.pt/bitstream/10362/6137/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Romana%20Gomes.pdf pág.16;
7. Henriques, JCA. (2008). *Gestão da Qualidade Total num Serviço de Saúde*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. (p. 33-38). Disponível em: http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1754/1/TESE_Entrega.pdf;
8. Oliveira, A. (2011, 30 de Janeiro). Diagnóstico da Qualidade Organizacional nas USF - USF testam DiQuOr. *Jornal Médico de Família*. Disponível em: http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1343&Itemid=27;
9. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 3.3. Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade-em-Saude.pdf.

Tabela 2 - Comparação entre o MoniQuOr e o DiQuOr.

A. MoniQuOr	B. DiQuOr	Comparação
1. organização e gestão	1. organização e gestão	A = B
2. direitos dos cidadãos	2. informação e direitos dos utentes	B + completo
3. promoção da saúde	3. oferta assistencial	≠
4. prestação de cuidados de saúde	4. desenvolvimento das equipas e qualidade	≠
5. educação contínua e desenvolvimento da qualidade	5. instalações, saúde, higiene e segurança	≠
6. instalações e equipamentos	6. articulação, equipamentos e sistemas de informação	B + completo

Economia e Gestão em Saúde em Actualização

Mário Jorge Carvalho
Economista; Mestre em Gestão

Autor

A não aceitação da racionalidade da actuação dos agentes económicos em acumulação com o inegável crescimento dos múltiplos poderes não legitimados leva a que a distribuição e a afectação dos recursos deva ser permanentemente escrutinável. O exercício da economia política não pode nem deve tender para a neutralidade em termos de concepção das políticas e da própria ideologia que a sustenta – a sua missão é, antes de tudo, o conhecimento da economia real e deve ser sobre esta que tudo deve girar. O grave na situação actual é que a economia política tem perdido a perspectiva histórica na análise dos factos económicos, excepto para efeitos da mera manipulação econométrica; dito de outro modo, quando a "*evidência empírica*" histórica em economia se sustenta na intuição, na sensibilidade e na percepção dos factos deixa hoje de ter os favores da investigação académica que se admira e manifesta depois o seu desconforto ao constatar o erro estrondoso da respectiva modelação. Em suma e em economia política, parece não haver *track record* histórico que sustente as metodologias e as opções – e, sendo essa a sua grande riqueza e fascínio, também será a consequente grande frustração dos macroeconomistas.

O caso concreto da economia da saúde é sintomático de alguns pressupostos nem sempre comprováveis pela investigação: em primeiro lugar, estuda-se muito pouco a procura *de per si* e, portanto, fora ou para além do seu carácter epistemológico puro. Nesta perspectiva e em termos de economia da saúde, o doente aparenta perder protagonismo perante a doença. O doente vale como possível (e, muitas vezes, discutível) aferidor de desempenho e pouco mais do que isso. Daqui que os decisores e os investigadores propendam para sempre considerar a procura perfeitamente elástica, remetendo para o jogo da oferta a manipulação e controlo do respectivo preço.

Em segundo lugar, parece "*inexistente*" na investigação em saúde a lei elementar dos rendimentos decrescentes, principalmente no que respeita à sua combinação com as dimensões mínima e óptima dos projectos e dos investimentos. E a consequência disso tudo – para além de um total afastamento inicial à perspectiva custo-benefício que deveria ter – é a componente financeira pura e dura, a do constrangimento de tesouraria em termos macroeconómicos, a decidir em última instância o que deveria ter sido objecto de análise em sede de economia da saúde.

Se nos confrontamos, de facto, com a imprevisibilidade e incerteza da doença, então o agente-médico exerce uma função "*colectivity-oriented*", o que põe o problema central da alocação correcta dos recursos detidos.

Há uma tradição de relacionamento algo conflituoso entre os economistas e os profissionais da saúde, muito devido à conceituação nem sempre coincidente que ambos fazem dos cuidados de saúde – da saúde sem preço e do valor não contabilizável da vida à prevalência do bem comum e à sempre difícil compatibilização entre os recursos limitados a afectar às múltiplas necessidades a satisfazer. Hoje, não é possível abordar a saúde e os cuidados de saúde sem levar em conta conceitos como custo-efectividade, eficácia, eficiência e produtividade no funcionamento das organizações de saú-

de, viabilização económica e financeira dos projectos e dos investimentos em inovação ou a análise cuidada do mercado pelo condicionamento da oferta dos meios.

Se é verdade que a saúde é hoje vista como integrando de parte inteira o processo de desenvolvimento através da sua função distributiva, também não tem deixado de ser acusada dos custos financeiros altíssimos e em alguns casos incomportáveis que tem ocasionado, nomeadamente quando impõe a equidade no respectivo acesso.

A economia da saúde pretende responder às múltiplas questões com que a própria economia política desde sempre se confrontou: recursos produtivos limitados aplicáveis e a distribuir na satisfação de múltiplas e diferenciadas (em urgência, dimensão ou opção política) necessidades sentidas pelos agentes económicos. Daqui, portanto, o conceito colateral da "*operacionalidade*" da decisão em economia política que tem a ver, antes de tudo, com as opções tomadas em função dos recursos limitados – e, nesse sentido, a economia da saúde, ao explorar e investigar conceitos tradicionais, é de facto e hoje um dos ramos nobres da economia política.

Entretanto, a universalidade nos cuidados de saúde pressupõe sempre, de uma maneira ou outra, o envolvimento directo do Estado, através da sua atribuição legislativa, regulatória, de financiamento directo do sistema e até, em alguns casos, de participação no próprio processo de produção dos serviços e produtos de saúde.

A gestão em saúde também sofreu algumas das consequências do que foi a revolução gestionária nos últimos vinte anos – pela moda dos "*paradigmas*" corporativos que suportaram o código de conduta e governação cujos resultados ficaram à vista.

Tudo alimentou o sonho do "*círculo virtuoso do crescimento inesgotável*" – traduzido no "*desta vez é diferente*" – sustentado na capacidade a demonstrar em gerir na insegurança, turbulência, incerteza e fluidez das condições de funcionamento das corporações e dos mercados, pela volatilidade e transitoriedade da vantagem competitiva e a necessidade de, pela primeira vez, competir em velocidade e proactividade – *be first, be best, be cost-efficient*. – no domínio e condução do processo de mudança. Daqui o produto como bem volátil, intangível e com vida cada vez mais curta.

O "*círculo vicioso da gestão pública*" aplica-se por inteiro na saúde: gerir recursos voláteis, instáveis e escassos, com origem em tipos de financiamento que se não controla e que se aplicam em investimentos decididos maioritariamente por convicção, a depender de barreiras à entrada que se desconhecem e a negociar tudo isto com líderes contestáveis e frágeis, com um tal *engajamento* político que os impede, quase por definição, de assumir o risco solitário das decisões e boas práticas.

Os hospitais são organizações complicadas, representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir. De facto, não será fácil encontrar um outro sector em que a estrutura dependente das organizações tem grau equivalente de reconhecimento público e competências afirmadas como na saúde, dando portanto aos seus recursos humanos um peso e uma importância fora do vulgar.

Está por realizar um debate em Portugal com relação a tudo isto e que entronca na nem sempre conseguida distinção entre economia e gestão em saúde. Em concreto, se não há grandes dúvidas na necessidade de haver objectivos desenhados, implementados e contratualizados com cunho exclusivo de economia da saúde, a questão é entretanto outra: a quem deve competir cumpri-los.

Mas, por outro lado, de que forma o Ministério da Saúde e os seus dirigentes intermédios podem gerir objectivos de conteúdo eminentemente de economia da saúde se não for através do compromisso assumido pelas unidades e serviços nucleares da estrutura?

Ao acumular a prestação autónoma dos cuidados de saúde com o papel de instrumento de uma política de promoção, prevenção e protecção da saúde, as organizações de saúde exigem o desenho e implementação de modelos de governação efectiva e indiscutivelmente diferenciados – pelo entorno em que exercem a sua actividade; pelo peso e capacidade de mobilização dos seus *stakeholders*; pela proximidade ou não aos centros de poder e à capacidade de mobilizar e canalizar recursos financeiros; pela também mobilização corporativa dos seus recursos humanos através da existência (ou não) de lideranças efectivas em exercício do poder.

E hoje é autenticamente asfixiante o poder de intromissão e decisão dos órgãos intermédios do Ministério da Saúde – nomeadamente da ACSS – na gestão corrente dos operadores dependentes. E a originalidade aí esteve: as demissões colectivas de dirigentes em operadores com o objectivo exclusivo de preservar a sua autonomia de decisão.

Por isso mesmo, algumas dúvidas haverá em aceitar que a governação organizacional na saúde (nomeadamente a hospitalar) é a soma directa da governação empresarial e da governação clínica. De facto, a complexidade do funcionamento e a convergência nem sempre pacífica de vários interesses e poderes não pode ser o argumento para a referida segmentação até porque acresce que a regeneração e reestruturação da saúde ou se faz com os de dentro, para os de dentro e por dentro das organizações ou dificilmente se fará.

Daqui que vale a pena defender uma perspectiva abrangente da governação das organizações de saúde, integrando antes de tudo as suas componentes clínicas mas também as da economia em saúde e da respectiva gestão.

O problema parece não estar nos objectivos mas antes no conjunturalizado "*sentido de urgência*" da decisão

conteúdo operacional à missão, sob pena desta se transformar ou numa simples declaração de intenções ou no burocrático exercício sem chama de uma actividade.

Estamos, assim, perante um (sanável) processo de contradições na gestão em saúde, em que o accionista causa disfuncionalidades notórias e objectivas na gestão das organizações dependentes.

Não é insensato; não é inoportuno; não é crime de lesa saúde de privilegiar-se de facto a prevalência da vantagem competitiva. O doente está hoje atento a todas as informações que identifiquem as vantagens competitivas das diferentes opções de oferta com que se confronta. O que acontece é que, também neste campo, o jogo de sombras dos múltiplos poderes corporativos procura esconder o notório. Trazer a vantagem competitiva para a boca de cena da relação oferta-procura em saúde e daí tirar todas as ilações *de consequência em termos de excelência de desempenho é, indiscutivelmente, um dos processos mais importantes para* clarificação do papel do doente e, colateralmente, combater com eficácia a tendência permanente do centralismo burocrático na saúde.

disseminada dos diversos poderes corporativos para os quais não houve, até hoje, a imaginação e a capacidade de os mobilizar.

Isto também deriva, em algumas áreas, do menor conhecimento do funcionamento das organizações e do respectivo quadro estratégico. É a visão, quando existente e activa, que dá

www.spgsaude.pt

www.spgsaude.pt – "Um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos que se relacionam com a gestão da saúde em Portugal".

É publicada diariamente informação considerada relevante que se relaciona com a gestão da saúde no nosso país. Dá destaque às principais notícias da actualidade, sendo uma página aberta com a possibilidade de comentar e discutir os assuntos em causa.

É uma página de acesso fácil, pesquisa rápida e completa, inclui revistas das edições anteriores, *links* e livros sugeridos, entre outras informações.

Aberta à participação de todos os interessados.

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde encontra-se também nas redes sociais: **www.facebook.com/spgsaude**

Adira à página e receberá toda a informação de forma rápida e actualizada.

SPGS
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

Sede Provisória:
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
E-mail: info@spgsaude.pt
Fax: 252 688 939

Ficha de inscrição para Associado Efectivo*

Nome _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

_____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

E-mail _____

Observações _____

_____

Assinatura _____ Data ___/___/___

* Quota anual de 50€

DISTINÇÃO DE MÉRITO EM GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE **ORDEM DOS MÉDICOS**

2014

Dr. Paulo Mendo

22 de Novembro
18 horas

Centro de Cultura e Congressos
Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

1.ª DISTINÇÃO DE MÉRITO EM GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Competência de Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos foi criada em 2004. Num ambiente de enorme exigência e rigor, a necessidade dos serviços de saúde possuírem profissionais com capacidades, conhecimentos e experiência na gestão da saúde é extremamente relevante, implicando a existência de médicos com formação específica.

A actual Direcção da Competência, num vasto programa de acção, possui um conjunto de iniciativas que visam sublinhar esta área da medicina, nomeadamente a formação, a divulgação de boas práticas, o reconhecimento de cursos académicos que confiram as bases estratégicas neste domínio, a identificação dos Colegas que reúnem as condições para possuírem o título, para além de promover a discussão de questões como a liderança e gestão nos serviços de saúde.

Neste âmbito, uma das iniciativas que promovemos foi a criação de um prémio anual, com a primeira edição em 2014, que visa reconhecer um Médico que se tenha distinguido na área de gestão em saúde, tentando desta forma evidenciar o impacto da direcção efectuada por médicos e sensibilizar outros Colegas a seguir este exemplo.

Boas Vindas
Dr. Miguel Guimarães
Presidente da Secção Regional do Norte da OM

Apresentação do evento
Dr. José Pedro Moreira da Silva
Coordenador Nacional da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da OM

Breve introdução
Prof. Adalberto Campos Fernandes

«Health system in transition: challenges and opportunities»
Lord Nigel Crisp

Apresentação sumária do homenageado
Dra. Fátima Carvalho
Coordenador do Norte da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da OM

Palavras do homenageado
Dr. Paulo Mendo

Intervenção do Bastonário da OM
Prof. Doutor José Manuel Silva

Intervenção do Ministro da Saúde
Dr. Paulo Macedo

Porto de Honra

ORGANIZAÇÃO: DIRECÇÃO DA COMPETÊNCIA EM GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA OM | SECÇÃO REGIONAL NORTE DA OM
Rua Delfim Maia, 405 · 4200 Porto • Tel 225070100 • Fax 225502547 • email: secretaria@nortemedico.pt