



CONSELHO NACIONAL PARA O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

PARECER N.º 1/CNSNS-OM/14 SOBRE O RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO CRIADO PARA A DEFINIÇÃO DE PROPOSTA DE METODOLOGIA DE INTEGRAÇÃO DOS NÍVEIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PARA PORTUGAL CONTINENTAL

03/07/2014

Tendo em consideração a discussão e apreciação do Relatório que consta em anexo a este parecer sobre o *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental* este conselho entende que, não obstante a pertinência e atualidade desta temática para uma adequada reforma estrutural do sistema de saúde, este estudo apresenta alguns aspetos que devem ser adequadamente apreciados. Sobretudo as medidas de promoção da integração constantes na segunda parte do relatório e que a seguir se apreciam.

1. Dimensão Clínica (*Introdução do conceito de gestor do doente, criação de um sistema nacional de gestão de referências em saúde, aplicação de normas, guidelines e protocolos clínicos*):

- a) A criação de um sistema nacional de gestão de referências em saúde merece sérias reservas devendo esta proposta ser aprofundada no quadro mais global de uma política de integração na saúde.
- b) A proposta de criação de um “gestor do doente” precisa de uma fundamentação técnica mais aprofundada para ser equacionável. Este conselho não recomenda a criação de um “gestor do doente” nos moldes propostos mas, sim, que o médico de família assuma cabalmente esta responsabilidade face à integração vertical de cuidados de saúde.
- c) A aplicação de normas de orientação clínica merece um consenso generalizado na medicina porque corresponde a boa prática clínica, desde estas normas sejam elaboradas em articulação com a Ordem dos Médicos.

2. Dimensão Financeira (*Incentivos conjuntos: aplicação da unidade de pagamento capitação, Desenvolvimento e aplicação de um sistema de custeio por utente*):

- a) Quer a aplicação da unidade de pagamento por capitação quer o desenvolvimento e aplicação de um sistema de custeio por utente parecem ser medidas de potencial benefício para uma gestão mais eficiente no universo da saúde.



- b) Este conselho entende que ambas as medidas propostas se enquadram numa evolução aconselhável do Serviço Nacional de Saúde mas que, no atual contexto organizativo, a forma como a capitação é apresentada não é facilmente entendível nem se percebe como esta se poderia concretizar no atual sistema de saúde.

3. Dimensão Administrativa (*Uniformização e centralização de procedimentos administrativos, Formação específica em integração de cuidados de saúde, Incentivar a criação de um espaço de gestão de conhecimento sobre integração de cuidados de saúde – investigação*):

- a) A uniformização de procedimentos administrativos pode revelar-se como uma ferramenta preciosa para melhorar o sistema de saúde nomeadamente na sua dimensão organizativa.
- b) Já a criação de conhecimento sobre integração de cuidados de saúde e a formação específica em integração devem ser medidas devidamente ponderadas. Este conselho preconiza que a formação em gestão e administração da saúde deve ser generalizada a todas as profissões da saúde e que a integração de cuidados deve ser parte integrante deste processo formativo. Já a formação específica deve evitar a criação de “especialistas” em integração de cuidados.

4. Dimensão Sistémica (*Implementação de estruturas organizacionais integradas, Planeamento estratégico numa perspetiva de integração, Reforço de uma cultura organizacional*):

- a) A ausência de planeamento estratégico é uma das principais lacunas do nosso sistema de saúde. Esta deveria ser uma das tarefas primaciais do Ministério da Saúde no sentido de planear adequadamente quais as necessidades do país para as próximas décadas no que respeita a recursos humanos e tecnológicos.
- b) Este conselho entende que é também necessário o reforço de uma verdadeira cultura organizacional desde que as organizações públicas de saúde conheçam e promovam os valores democráticos e constitucionais que estão na base da criação do Serviço Nacional de Saúde.

Finalmente, este conselho entende que a proposta em apreço se debruça mais sobre uma integração administrativa do que, verdadeiramente, uma integração de cuidados de saúde. Mais anda, este conselho sugere a promoção de uma política ativa de educação para a saúde de modo a que seja a pessoa, ela própria, a dinamizar a integração dos seus cuidados de saúde. Propõe-se também a introdução de novas medidas de governação clínica de modo a ser possível gerir adequadamente o trajeto de qualquer utente através do sistema de saúde.



CONSELHO NACIONAL PARA O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ANEXO

RELATÓRIO DO PARECER N.º 1/CNSNS-OM/14 SOBRE O RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO CRIADO PARA A DEFINIÇÃO DE PROPOSTA DE METODOLOGIA DE INTEGRAÇÃO DOS NÍVEIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PARA PORTUGAL CONTINENTAL

RELATOR: RUI NUNES

03/07/2014

Por solicitação do Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos o Conselho Nacional para o Serviço Nacional de Saúde elaborou este parecer sobre o *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*¹. Trata-se de um trabalho realizado no âmbito do Despacho n.º 9567/2013, de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 139, de 22 de Julho de 2013.

O tema da integração de cuidados de saúde é um tema importante aliás debatido na comunidade científica e profissional recorrentemente ao longo dos últimos anos¹. É portanto de louvar que tenha sido criado um grupo de trabalho para aprofundar o modo como a integração de cuidados de saúde pode e deve ser implementada no nosso país.

O estudo apresenta-se dividido essencialmente em duas partes. Na primeira efetua-se a abordagem metodológica, o enquadramento teórico e a situação em Portugal, com referência a estudos anteriores e a boas práticas de integração. Sem prejuízo de uma análise mais exaustiva conviria apenas salientar que o estudo ficaria enriquecido com outros exemplos Europeus de boas práticas de integração a nível da saúde, para além das referências à experiência norte-americana (que dada a dissemelhança do sistema de saúde torna-se de benefício apenas marginal) e a britânica que incide sobre a integração dos setores da saúde e da segurança social. Mais ainda, convirá referir que não descurando a importância do tema “integração em saúde”, seja estrutural (vertical ou horizontal), funcional (clínica, informação, financeira, administrativa), normativa ou sistémica trata-se sempre e tão só de uma das múltiplas dimensões de evolução de um sistema de saúde e nunca de um fim em si mesmo.

¹ A título de exemplo realizou-se em Portugal dias 22-24 de junho de 2011 a *European Health Management Association (EHMA) Annual Conference* subordinada ao tema *Integration in Health and Healthcare*, conferência que contou com o patrocínio da Ordem dos Médicos e do Ministério da Saúde.



Na segunda parte propõem-se algumas medidas de promoção da integração e é sobre elas que este parecer vai sobretudo incidir. Para efeito de análise a apreciação das medidas será efetuada em blocos nas quatro dimensões apresentadas.

5. Dimensão Clínica (*Introdução do conceito de gestor do doente, criação de um sistema nacional de gestão de referências em saúde, aplicação de normas, guidelines e protocolos clínicos*):

A aplicação de normas de orientação clínica merece um consenso generalizado na medicina porque corresponde a boa prática clínica. Desde que tenha passado pelo crivo da Medicina Baseada na Evidência e que as *guidelines* e protocolos clínicos sejam propostos em articulação com a Ordem dos Médicos trata-se de uma ferramenta importante para ajudar os médicos e outros profissionais de saúde a recorrerem à melhor evidência científica existente. Porém, as normas de orientação clínica devem ter apenas valor indiciário e não ser nunca de caráter compulsório dado que o contexto clínico e as circunstâncias particulares de cada doente são obviamente determinantes. Mais ainda, a generalização do uso de *guidelines* e de protocolos clínicos não deve esbater as diferenças entre as distintas profissões de saúde devendo ficar claro qual o papel dos médicos e da medicina neste contexto.

Já a criação de um sistema nacional de gestão de referências em saúde merece sérias reservas. Dado que o Serviço Nacional de Saúde está organizado regionalmente não se percebe qual o interesse de uma articulação nacional. Já uma articulação regional parece ser uma ferramenta importante para otimizar o acesso à saúde e a racionalização na utilização dos meios. Pelo que se sugere não a criação de um sistema nacional de gestão de referências mas sim de sistemas regionais de gestão de referências, que possam interagir entre si nos casos em que tal se revele necessário e indispensável.

Por seu turno a proposta de criação de um “gestor do doente” precisa de uma fundamentação técnica mais aprofundada para ser equacionável. Em primeiro lugar não é claro qual o profissional que assumiria este papel. Dada a responsabilidade clínica envolvida na “gestão” do doente, só um médico estaria em condições de desenrolar adequadamente esta tarefa. Parece óbvio que esta função deve ser da responsabilidade do médico de família, mas esta questão não é devidamente clarificada no estudo.

Por outro lado, não está suficientemente definido quais os encargos financeiros de tal medida dado que se propõe a criação de 7.500 postos de trabalho. Finalmente, não é sugerido como dirimir os conflitos referentes à sobreposição de funções. Se o médico de família já é, ou deveria ser, considerado o agente que faz a ponte entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados e paliativos então como é que tais funções se compaginarão com as do proposto “gestor do doente”?



Em síntese, este conselho não recomenda a criação de um “gestor do doente” nos moldes propostos mas, sim, que o médico de família assuma cabalmente esta responsabilidade face à integração vertical de cuidados de saúde.

6. Dimensão Financeira (*Incentivos conjuntos: aplicação da unidade de pagamento capitação, Desenvolvimento e aplicação de um sistema de custeio por utente*):

A dimensão financeira é uma das dimensões onde mais rapidamente se fará sentir a importância da integração de cuidados de saúde. Quer a aplicação da unidade de pagamento por capitação quer o desenvolvimento e aplicação de um sistema de custeio por utente parecem ser medidas de extraordinário benefício para uma mais eficiente gestão de recursos no universo da saúde.

De facto, a aplicação da unidade de pagamento por capitação – desde que devidamente ajustada por critérios consensuais que não mereçam nenhum desacordo – é o método mais justo de financiar a saúde em qualquer nível do sistema. É também o método mais em consonância com o princípio da *public accountability* ou seja o imperativo de que as decisões em saúde devem ser claras, transparentes e escrutináveis por toda a sociedade. O financiamento por capitação não apenas promove a integração de cuidados de saúde como contribui para um sistema mais justo, mais eficiente e mais previsível.

Do mesmo modo o desenvolvimento e aplicação de um sistema de custeio por utente só peca por tardio, dado que para além de conferir maior transparência a todo o processo de financiamento permite, também, uma melhor tomada de consciência e mesmo uma maior responsabilização do doente face ao custo dos tratamentos recebidos. Caso este sistema de custeio seja introduzido será preciso determinar com clareza o modo como se processam os fluxos financeiros de forma a apurar as responsabilidades financeiras das diferentes unidades de saúde num quadro de autonomia de gestão que se verifica no SNS.

Em síntese, este conselho entende que ambas as medidas propostas se enquadram numa evolução aconselhável do Serviço Nacional de Saúde.



7. Dimensão Administrativa (*Uniformização e centralização de procedimentos administrativos, Formação específica em integração de cuidados de saúde, Incentivar a criação de um espaço de gestão de conhecimento sobre integração de cuidados de saúde – investigação*):

As medidas propostas na dimensão administrativa merecem também uma apreciação pormenorizada. A uniformização e centralização de procedimentos administrativos requer particular destaque desde que devidamente enquadrado o seu âmbito de intervenção. De facto, a reforma do SNS levada a cabo ao longo dos últimos anos pauta-se por alguma descentralização administrativa, nos termos aliás da Constituição e da Lei. Por isso foram dinamizadas as Unidades Locais de Saúde, as Sub-regiões de Saúde deram origem à criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo este um dos elementos estruturantes da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Também a nível hospitalar foram criados Centros Hospitalares pela integração orgânica e funcional de diferentes hospitais da mesma zona geográfica sendo que o modelo Entidade Pública Empresarial (EPE) veio conferir maior autonomia administrativa e financeira à gestão hospitalar.

Pelo que é neste contexto organizativo que se deve apreciar esta proposta de uniformização e centralização de procedimentos enquanto ferramenta nuclear para que os modelos de gestão preconizados funcionem em pleno; e para que possam ser comparáveis de modo a permitir o necessário *benchmarking* do desempenho das organizações. A uniformização de procedimentos administrativos pode revelar-se como uma ferramenta preciosa para melhorar o sistema de saúde nomeadamente na sua dimensão organizativa.

Já a incentivação da criação de conhecimento sobre integração de cuidados de saúde e a formação específica em integração devem ser medidas cuidadosamente ponderadas, mas poderão demonstrar-se importantes no quadro geral de uma formação adequada em gestão e administração da saúde. Ou seja, este conselho preconiza que a formação em gestão e administração da saúde deve ser generalizada a todas as profissões da saúde na fase pré e pós-graduada. E que, naturalmente, a integração de cuidados deve ser parte integrante deste processo formativo. Pelo que se afigura razoável a realização de investigação científica de excelência neste domínio tendo em atenção as especificidades do nosso país, da nossa cultura e do nosso sistema de saúde.

Já a formação específica em integração deve ser realizada num contexto mais global de formação em gestão da saúde para não tornar a integração num fim em si mesmo e para evitar a criação de “especialistas” em integração de cuidados.



8. Dimensão Sistémica (*Implementação de estruturas organizacionais integradas, Planeamento estratégico numa perspetiva de integração, Reforço de uma cultura organizacional*):

A ausência de planeamento estratégico é uma das principais lacunas do nosso sistema de saúde. Esta deveria ser uma das tarefas primaciais do Ministério da Saúde no sentido de, numa perspetiva de descentralização, planear adequadamente quais as necessidades do país para as próximas décadas no que respeita a recursos humanos e tecnológicos. A título de exemplo, a ausência de planeamento estratégico no atinente à formação médica originou a situação paradoxal de Portugal ter mais médicos por mil habitantes que a média dos países da OCDE e, ainda assim, existir uma sensação generalizada de falta de médicos de determinadas especialidades e em alguns locais do território nacional.

Pelo que a implementação de uma lógica organizativa que se pautar pela integração vertical e horizontal de cuidados encerra em si própria a potencialidade de estimular decisivamente o planeamento estratégico. Dado que é mais fácil planear a produção da saúde para uma determinada zona territorial quando existe uma integração organizativa do que quando cada unidade funciona de um modo desarticulado. Ou seja, o próprio conceito de integração induz a um planeamento atempado. Também a implementação de estruturas organizacionais integradas pode promover e ser promovido pelo planeamento estratégico pelo que faz todo o sentido que esta medida seja rapidamente implementada.

É também necessário o reforço de uma verdadeira cultura organizacional desde que as organizações públicas de saúde conheçam e promovam os valores democráticos e constitucionais que estão na base da criação do Serviço Nacional de Saúde. Ou seja, sobretudo numa fase de enorme contenção das despesas públicas, é obrigatório que a cultura das organizações de saúde respeitem valores como a justiça e a equidade sem esquecer o imperativo da eficiência na saúde enquanto vetor essencial. Mas, não restam dúvidas de que uma equipa coesa com forte sentido identitário e com objetivos claros e definidos tem maior probabilidade de cumprir com êxito a missão que lhe foi confiada.

CONCLUSÃO:

Em suma, trata-se de um estudo cujo conteúdo é relevante para a reforma do Serviço Nacional de Saúde e que deve ser cuidadosamente apreciado por todos os agentes do setor. Porém, algumas inovações tal como a figura do “gestor do doente” ou a “criação de um sistema nacional de gestão de referências em saúde” não estão suficientemente fundamentadas para merecer a aprovação por parte deste conselho. Pela sua enorme densidade estas e outras soluções organizativas necessitam de maior evidência técnica sobre os potenciais resultados e consequências para o nosso sistema de saúde.