



O Setor da Saúde: Da Racionalização à Excelência

RELATÓRIO DE SÍNTESE

Estudo realizado a pedido do:



Health Cluster Portugal

Pólo de Competitividade da Saúde

O Setor da Saúde: Da Racionalização à Excelência

RELATÓRIO DE SÍNTESE

O conteúdo deste relatório é da exclusiva responsabilidade dos seus autores

COORDENADORES

Nuno Sousa Pereira

Álvaro Almeida

EQUIPA

Carlos Gomes

José Luís Alvim

Luís Gonçalves

Susana Oliveira

AGRADECIMENTOS

Este relatório contou com a inestimável contribuição de um Conselho Consultivo, do qual fizeram parte as seguintes personalidades:

Adalberto Campos Fernandes

António Barreto

António Correia de Campos

Augusto Mateus

Daniel Bessa

Diogo Lucena

Isabel Vaz

João Pedro Almeida Lopes

Jorge Soares

José Laranja Pontes

José Mendes Ribeiro

Luís Lopes Pereira

Manuel Antunes

Maria de Belém Roseira

Maria Leonor Beleza

Nuno Sousa

Pedro Ferraz da Costa

Vitor Neves

PREFÁCIO

Ao longo das últimas décadas os profissionais de Saúde portugueses construíram um sistema que funciona bem e que tem um enorme potencial de desenvolvimento futuro.

Temos um conjunto de Unidades de Saúde que prestam, em geral, um bom serviço aos utentes, nos quais se salientam alguns hospitais de grande qualidade. Temos uma rede de farmácias que funciona com satisfação dos utentes. Temos produtores farmacêuticos e de dispositivos médicos com muito bons produtos, alguns dos quais apostam no mercado global. Temos um conjunto de Universidades que investem atualmente em inovação em Saúde. Temos alguns institutos de investigação com excelentes investigadores, que publicam nas melhores revistas. E temos cerca de 3.000 doutorados em Ciências da Saúde, dos quais perto de 200 já trabalham em inovação nas empresas.

Os nossos indicadores de Saúde comparam muito bem com o que se faz na Europa e no resto do mundo. Os profissionais de Saúde portugueses desenvolveram um sistema que funciona bem e que tem criado riqueza para o país. As exportações do setor têm vindo a crescer ano após ano, aproximando-se dos mil milhões de euros, o que o torna uma referência nas exportações portuguesas.

Mas este desenvolvimento, esta mais-valia para o país, tem riscos de sustentabilidade. Os êxitos do setor traduziram-se num grande aumento da esperança de vida dos portugueses nos últimos quarenta anos, a qual é agora ligeiramente superior à média europeia. Ao viverem mais, utilizam mais – sobretudo depois dos 65 anos – o sistema de saúde, o que fez disparar os encargos do SNS. Daí o conjunto de medidas restritivas que os diferentes governos adotaram nos últimos dez anos e a muito falada necessidade de racionalização na utilização dos recursos.

É importante criar condições para que o sistema de Saúde continue a servir apropriadamente as necessidades da população. Mas também é importante que as medidas de racionalização não inviabilizem o sistema, prejudicando a criação de riqueza para o país e os interesses dos cidadãos no médio/longo prazo. As medidas restritivas devem, por isso, ser perspetivadas nas suas vantagens imediatas, mas também nas suas repercussões futuras.

Acreditando que é possível racionalizar o setor – algumas áreas têm sido muito visadas e já não podem ser mais sacrificadas, mas outras têm espaço para a busca de soluções inteligentes e mais eficazes – a Direção do *Health Cluster Portugal* solicitou à *Porto Business School* um estudo que apontasse algumas medidas de racionalização que permitam manter ou até melhorar a situação atual. Cientes de que algumas dezenas de medidas poderiam ser listadas, solicitámos que nos evidenciassem apenas um

pequeno número – as mais importantes – para um debate e uma eventual aplicação construtiva, em prol da saúde dos portugueses.

A Saúde em Portugal tem, de facto, um enorme potencial de desenvolvimento. Esperamos que este trabalho possa contribuir para um cada vez melhor desempenho do sistema de Saúde português, na perspetiva assistencial e na perspetiva económica. A sustentabilidade do sistema permitirá servir apropriadamente as necessidades da população no curto, médio e longo prazos.

Luís Portela
Presidente do *Health Cluster Portugal*

01 / O SETOR DA SAÚDE COMO UM MOTOR DE CRESCIMENTO ECONÓMICO

O objetivo do relatório “O Setor da Saúde: Da Racionalização à Excelência”, elaborado pela Porto Business School para o Health Cluster Portugal, e que aqui se sintetiza, foi o de identificar um conjunto de medidas que, sem ameaçar as condições de sustentabilidade do sistema e o conjunto de direitos essenciais que decorre do modelo social adotado pelas democracias ocidentais, contribuíssem para o reforço da competitividade do setor das ciências da saúde em Portugal.

Independentemente da crescente pressão para uma diminuição dos gastos em saúde, as ciências da saúde serão sempre um dos setores mais dinâmicos da economia, dos que incorporam maior conhecimento, tecnologia, valor acrescentado e capacidade de criar emprego. De acordo com os cálculos apresentados no Relatório, em 2010, o volume de negócios das empresas classificadas como pertencentes ao setor da saúde representou mais de 26 mil milhões de euros, correspondentes a 15% do PIB português, gerando um valor acrescentado equivalente a 4,8% do PIB. Entre 2008 e 2010, o crescimento anual composto do VAB do setor foi de 1,9%, valor muito superior ao decréscimo de 0,8% ao ano observado na economia portuguesa nesse mesmo período.

Perante o diagnóstico efetuado e confrontados com as opiniões recolhidas através de entrevistas e inquéritos a representantes dos diferentes elos da cadeia de valor do setor, a conclusão essencial é a de que dificilmente Portugal terá um setor competitivo internacionalmente se não criar um mercado interno que confronte as empresas e instituições com as mesmas exigências que enfrentam no exterior, se não der aos utentes os mesmos direitos que a Diretiva comunitária sobre os cuidados de saúde transfronteiriços irá proporcionar e se não constituir uma perceção internacional de que o setor da saúde português apresenta padrões de qualidade-custo suscetíveis de concorrer com qualquer país.

Para contribuir para um setor mais competitivo e, por conseguinte, um sistema de saúde mais sustentável, sugerem-se cinco medidas que ajudam a criar o ecossistema apropriado para que os diferentes agentes do setor desenvolvam as competências essenciais para gerarem mais valor e emprego.

A primeira dessas medidas sugere que se concentrem os recursos existentes, humanos, financeiros e físicos em torno de um número reduzido de subclusters, selecionados em função de competências previamente identificadas. A reduzida dimensão do país, a escassez de financiamento, a natureza integradora dos serviços prestados e a crescente concorrência externa aconselham a que se concentrem recursos, quer humanos, quer financeiros. A congregação de esforços e de investimento em áreas de

conhecimento e de produção em que Portugal construiu vantagens competitivas contribuirá para o sucesso da estratégia de internacionalização do setor.

A segunda medida promove a liberdade de escolha e a concorrência entre prestadores. Para além de assegurar que o doente é colocado no centro do sistema, é uma resposta necessária à diretiva comunitária sobre os cuidados de saúde transfronteiriços que permitirá que os cidadãos portugueses se possam deslocar a outros países comunitários para receberem cuidados de saúde, com os encargos a serem suportados pelo Estado português. Antecipa-se que uma medida desta natureza obrigue os prestadores a oferecerem a melhor relação custo-benefício dos serviços prestados e que os utentes, pelas suas escolhas, possam conduzir a uma reestruturação da rede de cuidados e a um redimensionamento do sistema que não seja meramente administrativo.

A terceira medida sugere que o pagamento aos prestadores se baseie mais nos resultados alcançados e que a remuneração das unidades de cuidados primários resulte de uma capitação ajustada pelo risco. O objetivo é, na primeira dimensão, aumentar gradualmente o peso que a componente associada ao desempenho e aos resultados tem na remuneração das instituições (USF, hospitais e indústria farmacêutica) e dos profissionais de saúde. Para que esta medida seja bem-sucedida, é necessário que se estabeleça uma relação clara entre a atuação do profissional ou da instituição e os resultados desse esforço, o que requer sistemas de informação bem estruturados. A capitação corrigida pelo risco consiste no pagamento a cada prestador de um montante pré-determinado por cada beneficiário registado, garantindo como contrapartida a prestação de um conjunto identificado de serviços, premiando os prestadores que consigam ser mais eficientes.

A quarta medida passa pela aposta em sistemas de informação integrados que potenciem melhorias significativas na prestação de cuidados de saúde e evitem a duplicação e a ineficiência, em particular através da reorganização e standardização de processos e da adesão a *guidelines*, que poderão ainda ter como saudável consequência a diminuição do erro na prática médica e uma monitorização e um *benchmarking* mais efetivos.

Por fim, e como corolário destas alterações, propõe-se o desenvolvimento de um conjunto de iniciativas integradas que possibilitem que Portugal seja percecionado no exterior como um país onde as ciências da saúde são uma aposta estratégica e um dos setores mais competitivos a nível internacional, construindo uma marca e notoriedade comuns a todos os agentes do setor, da investigação à prestação.

De seguida, apresenta-se em maior detalhe cada uma das propostas referidas.

02 / AS MEDIDAS PROPOSTAS

MEDIDA I - DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PARCERIAS PARA A INOVAÇÃO ESPECIALIZADOS (3PIE)

A. Descrição da Medida

Um projeto de parceria para a inovação especializado (3PIE) consiste na criação de uma rede de colaboração que agrupa empresas, universidades e entidades públicas em torno de projetos de desenvolvimento em áreas previamente selecionadas.

O objetivo último de cada 3PIE será o de desenvolver projetos que sejam reconhecidos internacionalmente como centros de investigação, diagnóstico e tratamento de elevada qualidade numa área selecionada, criando competências e recursos internacionalmente competitivos. Este reconhecimento permitiria atrair, no exterior, utentes para os hospitais portugueses, financiamento para a indústria portuguesa, e recursos humanos qualificados para a investigação e para toda a cadeia de valor.

A criação de 3PIE envolve três fases. Na primeira fase, identificam-se os nichos a que cada 3PIE se dedicaria. O principal critério é a existência, em Portugal, de recursos humanos especializados e uma experiência significativa a nível empresarial. O levantamento das competências e recursos disponíveis, de forma a identificar as áreas das ciências da saúde onde os recursos existam em maior qualidade e quantidade seria a base de partida. Nesses *subclusters* será possível desenvolver-se mais rapidamente vantagens comparativas baseadas nos recursos disponíveis, no conhecimento acumulado e na reputação internacional alcançada pelos investigadores, potenciando a competitividade internacional naquele nicho.

A segunda fase é a da criação da estrutura organizativa necessária ao desenvolvimento do 3PIE. O elemento crítico é o líder do projeto, que terá a responsabilidade de definir os objetivos e promover a colaboração entre as várias entidades envolvidas. A falta de competências de gestão no setor da saúde e a débil integração, cooperação e coordenação entre as diferentes entidades da cadeia de valor exige rigor e critérios objetivos na seleção desse responsável.

A terceira fase é a execução do projeto, reunindo todas as competências necessárias ao seu sucesso. Cada 3PIE deverá idealmente envolver entidades de vários pontos da cadeia de valor, desde a investigação à prestação de cuidados de saúde, as instituições financiadoras e os organismos públicos

relevantes (Ministério da Economia, Ministério da Saúde). O líder de projeto deverá assegurar uma efetiva articulação entre as várias entidades envolvidas, promovendo uma maior cooperação.

O **efeito principal da implementação dos 3PIE será o de aumentar a competitividade das empresas do setor da saúde**, em particular nas áreas de I&D, produção e prestação de cuidados. A utilização mais eficiente dos recursos de investigação existentes e a sua orientação para a colaboração com as empresas aumentará a capacidade e inovação do setor e contribuirá para colocar as empresas portuguesas na primeira linha da saúde mundial nos nichos selecionados.

Por outro lado, o desenvolvimento de nichos de excelência a nível internacional irá **promover a imagem da saúde portuguesa no exterior**, permitindo que as empresas portuguesas concorram no mercado mundial da saúde, aumentando as exportações de bens e serviços de saúde.

A **concentração dos meios de financiamento e da intervenção pública** num número limitado de projetos criará condições para o aumento do investimento. A prazo, o sucesso dos 3PIE e a sua afirmação a nível mundial atrairá investimento estrangeiro, reforçando a capacidade de expansão do setor.

Assim, o aumento da competitividade do setor da saúde potenciará o aumento da produção e do valor acrescentado gerado pelas empresas portuguesas e contribuirá para **promover o aumento do emprego qualificado em atividades de saúde**.

Refira-se que experiências semelhantes foram adotadas em França, onde o *Pôle de Compétitivité Cancer-Bio-Santé* tem em curso quatro atividades estratégicas no domínio da prevenção, diagnóstico e tratamento do cancro, com cada grupo de trabalho a ser dirigido por um “*animateur*” proveniente da indústria e um “*co-animateur*” proveniente do meio académico. Outro exemplo de *cluster* especializado é o *Oslo Cancer Cluster*, que tem cerca de 60 membros. Na Alemanha, o DiagnostikNet-BB, *cluster* de diagnósticos *in-vitro* da região de Berlim-Brandenburg, que agrega mais de 30 membros, entre empresas, centros de investigação e entidades públicas é um outro caso de sucesso.

B. Requisitos para a sua Implementação

Os 3PIE só poderão desenvolver-se com o apoio das entidades públicas e da maioria das empresas e centros de investigação do setor da saúde. O levantamento das competências e recursos disponíveis, que permitirá definir os nichos a que se dedicarão os 3PIE a criar, deverá ser realizado por uma entidade credível, reconhecida por todos os membros do HCP como independente, para **afastar suspeitas de que a seleção dos nichos é efetuada para satisfazer determinados agentes**.

O sucesso do 3PIE estará **criticamente dependente do líder escolhido**. O líder deverá conhecer bem o setor da saúde, mas não deve estar demasiado conotado com uma determinada parte do setor. Se não for possível encontrar em Portugal alguém com as características desejáveis, não se deverá hesitar em recorrer a personalidades externas, de preferência com experiência semelhante noutros países.

Outro factor de sucesso é a focalização em torno de um objetivo concreto. Tal será facilitado se a **cada projeto estiver associado uma empresa "grande"**, que representará o núcleo do mesmo e que subcontratará produtos e serviços a PMEs portuguesas. Neste modelo, o líder do projeto tem como função principal assegurar que o projeto não é capturado pela empresa "grande", mas é um projeto de todos.

A segunda forma de colaboração passa por assegurar uma **espécie de polinização cruzada entre a prestação de serviços**, nomeadamente hospitais, e a investigação. A investigação será orientada para a resolução dos problemas operacionais enfrentados pelos profissionais de saúde nos hospitais.

Uma terceira forma de colaboração importante para o sucesso do projeto é o envolvimento do Ministério da Saúde, através de uma **parceria estratégica que permita potenciar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) como instrumento de demonstração do potencial de inovação**. O SNS poderia constituir-se como o laboratório de demonstração da inovação desenvolvida em cada um dos 3PIE, o que permitiria posteriormente promover internacionalmente a inovação produzida em cada projeto. Dessa forma, o SNS constitui-se **como um living lab permanente**. A implementação de um *living lab* requer um conjunto de comunidades que o possam apoiar e às experiências desenvolvidas no mesmo em diversos domínios.

A quarta forma de colaboração é a ligação com a AICEP. O objetivo principal da medida é tornar o setor da saúde português competitivo internacionalmente em alguns nichos de mercado. Tal requer capacidades de promoção de Portugal como centro de excelência em áreas específicas da saúde, o que pressupõe uma estratégia de promoção internacional radicalmente diferente da que tem sido adotada.

Ao concentrar os recursos em três ou quatro nichos, pretende-se que com os recursos existentes cada um dos projetos atinja uma **escala que permita ser competitivo internacionalmente, e aumenta a capacidade de integração dos 3PIE em redes europeias de investigação**. A concentração de recursos e a criação de massa crítica irá contribuir também para **diminuir as dificuldades na obtenção de financiamento e na captação de fundos** para investimento.

A **orientação da atividade de investigação para as necessidades de cada projeto** permite uma utilização dos recursos de investigação mais eficiente, porque mais orientada para resultados, e incentiva os investigadores a adquirirem uma maior sensibilidade ao ambiente empresarial e uma maior preocupação com aspetos como a produtividade e a gestão do tempo. Contribui também para orientar os recursos da FCT destinados à investigação em saúde para a ciência criadora de valor, associada aos

3PIE. O eventual sucesso internacional dos 3PIE iria certamente contribuir para aumentar a capacidade de atrair e reter investigadores nestas áreas.

O aumento da coordenação entre a investigação, a indústria e a prestação de serviços que os 3PIE proporcionarão diminuirá a dificuldade na translação de ideias (investigação) de produtos e serviços para o mercado, um dos pontos fracos apontados pelos entrevistados. A integração de centros de investigação em 3PIE não só **orientará mais a investigação para as necessidades do mercado**, como reforçará as ligações entre indústria e investigação, facilitando a utilização da inovação dos segundos pelos primeiros e facilitará a **criação de *start-ups***, ultrapassando a falta de competências de gestão para apoiar a sua formação. Uma investigação mais orientada para o mercado e a maior dimensão dos 3PIE face aos projetos de investigação atualmente existentes, ajudará a **obtenção de financiamento da União Europeia**, nomeadamente no âmbito do programa Horizonte 2020.

Há outros requisitos que não são imprescindíveis para a execução da medida, mas que, se implementados, contribuirão para o sucesso dos 3PIE. Um deles é a **melhoria das condições existentes para a realização de ensaios clínicos** em Portugal, nomeadamente pelo agilizar de procedimentos de autorização para a realização de ensaios clínicos e pela criação de um enquadramento que aumente o interesse das instituições prestadoras de cuidados de saúde em os acolherem. Outro elemento facilitador é a alteração das carreiras médicas que devem valorizar mais a investigação.

Um outro requisito desejável é a **reestruturação da rede hospitalar, com a criação de centros de elevada diferenciação** nas áreas relevantes para os 3PIE. Esses centros de excelência na atividade clínica seriam os pontos de contacto entre a investigação e a prática clínica, contribuindo para orientar a investigação em função das necessidades e para incorporar o conhecimento desenvolvido na investigação. Os centros de elevada diferenciação seriam também símbolos dos 3PIE, que serviriam de veículo privilegiado para promover no exterior a marca de excelência do setor da saúde.

C. Plano de Ação

Como referido, a implementação dos 3PIE pressupõe três fases de execução das ações. A primeira fase inicia-se com a **definição dos nichos de mercado diferenciados em que se especializariam cada um dos subclusters**. A definição do âmbito de atuação dos 3PIE e a criação de centros de elevada diferenciação terão de ser decisões coordenadas. A existência de centros de excelência na atividade clínica que sirvam de ponto de contacto entre a investigação e a prática clínica é um elemento chave do sucesso dos 3PIE e deverão ser instalados em hospitais universitários, onde já existam os recursos clínicos e de investigação essenciais ao funcionamento dos 3PIE, e para onde deverão ser canalizados todos os casos clínicos que beneficiem da grande diferenciação de competências. Como os hospitais

universitários estão sob a tutela do Ministério da Saúde, a criação dos centros de elevada diferenciação pressupõe a intervenção deste Ministério, que terá de canalizar os recursos humanos e os casos clínicos altamente diferenciados para o hospital que alberga tal centro.

O sucesso dos 3PIE pressupõe, por isso, o envolvimento do Ministério da Saúde na decisão da sua criação. O Ministério da Saúde deverá aceitar e concordar com uma proposta de âmbito de atuação de cada 3PIE avançada por uma entidade externa, contratada para o efeito pelo HCP. Tal entidade deve realizar um levantamento das infraestruturas e dos recursos humanos diferenciados existentes, e em função de tal levantamento identificar as três ou quatro áreas da saúde onde Portugal terá vantagens comparativas. Um subproduto da análise seria a identificação do hospital onde se instalaria o centro de elevada diferenciação associado a cada 3PIE.

A segunda fase do processo é a designação do líder de projeto. O sucesso do 3PIE estará criticamente dependente do líder escolhido, como já foi referido. O líder do projeto deverá ser escolhido pelo HCP, entidade que lidera o processo de seleção dos nichos de mercado e constituição dos 3PIE.

A terceira fase consistirá na definição e execução do projeto, envolvendo todas as entidades ao longo da cadeia de valor com as competências específicas necessárias.

Assim, as ações a desenvolver seriam as seguintes:

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
1. Contratação do consultor independente que efetuará o levantamento dos recursos existentes	HCP
2. Levantamento dos recursos existentes	Consultor independente
3. Seleção dos nichos de mercado diferenciados em que se especializariam cada um dos 3PIE	Consultor independente
4. Seleção do líder do projeto	HCP
5. Aprovação da criação do centro de elevada diferenciação associado a cada 3PIE	Responsável do governo pela área da saúde
6. Atribuição de prioridade no financiamento da investigação associada a cada 3PIE	Responsável do governo pela área da ciência
7. Atribuição de prioridade nos fundos estruturais ao financiamento dos 3PIE	Responsável do governo pela área da economia
8. Definição e execução do projeto, envolvendo todas as entidades ao longo da cadeia de valor com as competências específicas necessárias	Líder do projeto

MEDIDA II - LIBERDADE DE ESCOLHA E CONCORRÊNCIA

A. Descrição da Medida

A medida consiste no alargamento do princípio da liberdade de escolha por parte do utente e na promoção do aumento da concorrência entre os prestadores. A competitividade externa do setor da saúde requer um ambiente interno competitivo e orientado para as necessidades do utilizador final. Aumentar a liberdade de escolha potencia um **maior ajustamento entre os atributos que o consumidor de cuidados procura e as características que os prestadores oferecem**; como contraponto, no entanto, pode conduzir a uma procura excessiva de cuidados, pelo que deve ser acompanhada por uma maior corresponsabilização de quem toma a decisão de que cuidados procurar e, sobretudo, por uma regulação eficaz dos prestadores e das opções tomadas.

A generalização da possibilidade de escolha da unidade de cuidados de saúde primários e do médico de família a que o utente fica afeto é crucial face ao papel que este último tem no sistema de saúde. Para que **as opções sejam efetuadas com o máximo de informação, defende-se que o médico de família seja parte integrante do processo de decisão** e que a escolha seja conjunta entre o utente e o médico de família sobre o tipo de cuidados (nomeadamente hospitalares) que se revelem necessários.

O **aumento da concorrência entre os prestadores tem a virtude de criar incentivos à melhoria da relação qualidade/custo**, mas tem o risco de potenciar um investimento excessivo em infraestruturas e equipamentos face às necessidades do mercado e diminuir a capacidade de planeamento e de gestão das infraestruturas existentes. Para que seja consequente, **deve ser acompanhada pela efetiva possibilidade de unidades ou de serviços serem encerrados**, seja por falta de viabilidade económica, de desajustamento face à procura ou de insuficiente qualidade dos serviços prestados. Para que este encerramento ocorra e tenha exclusivamente por base princípios de racionalidade económica e de equidade no acesso, sugere-se que o processo de determinação das unidades a encerrar seja da **responsabilidade de uma entidade independente**, à semelhança do que ocorreu no Reino Unido, com a criação do Monitor.

Ao eliminar os prestadores menos eficientes, induz-se um **comportamento de procura permanente de melhorias**, inovação nos processos e nos serviços que conduzam a uma diminuição de custo sem comprometer a qualidade.

Ao permitir aos utilizadores escolherem o prestador que lhes oferece o conjunto de serviços que melhor se enquadra nas suas preferências e necessidades, **aumentará o seu nível de bem-estar e o benefício inerente à recolha de informação sobre as diferentes alternativas existentes**.

A medida promove a qualidade dos serviços prestados ao **incentivar a procura de alternativas**, ao mesmo tempo que impede a permanência indefinida de prestadores ineficientes no mercado. Para que tal seja alcançado, a publicitação de indicadores de qualidade e de resultados, bem como dos custos de tratamentos é essencial (ver medida IV).

Para além de assegurar que o doente é colocado no centro do sistema, motivo por si só suficiente para justificar a sua implementação, a diretiva comunitária sobre os cuidados de saúde transfronteiriços (Diretiva 2011/24/UE do parlamento europeu e do conselho, de 9 de março de 2011) prevê que, a curto prazo, os cidadãos portugueses se possam deslocar a outros países comunitários para receberem cuidados de saúde, com os encargos a serem suportados pelo Estado português. Existindo liberdade de escolha a nível comunitário, mais necessário se torna que essa possibilidade exista em território nacional.

B. Requisitos para a sua Implementação

A implementação desta medida exige que sejam observadas algumas condições:

- / A concorrência tem de ser real e a regulação deve ser independente e efetiva;
- / A desnatação deve ser evitada;
- / A escolha tem de ser informada.

Para a concorrência ser real, têm de existir prestadores alternativos (atuais e/ou potenciais), o que exige o respeito pelos seguintes requisitos:

- / Disponibilidade de alternativas.
- / Facilidade de entrada.
- / Facilidade de saída.
- / Medidas que assegurem a concorrência efetiva entre os prestadores.

Elemento crucial para o sucesso desta medida é que a **decisão de encerramento de unidades não fique dependente de pressões políticas, mas tenha como base questões de viabilidade económica, de cumprimento de padrões de qualidade e de garantia de condições de igualdade de acesso a cuidados**. Para que tal seja alcançado, propõe-se, por um lado, a atribuição a uma entidade independente a função de avaliar o cumprimento de indicadores financeiros e de qualidade, sugerindo em que circunstâncias uma instituição deve ser encerrada e, por outro, que o processo seja iniciado nos principais centros urbanos, onde poderá existir um excesso de capacidade instalada e onde será mais fácil garantir equidade no acesso.

Em segundo lugar, para **evitar a desnatação**, os sistemas de pagamento não podem ser tais que desincentivem o tratamento de alguns grupos de doentes. Num sistema de preços fixos, os hospitais tentam atrair os clientes com custos de tratamento esperados inferiores ao preço que irão receber e excluir (*dump*) pacientes com custos esperados acima daquele preço. Os preços praticados devem minimizar este risco.

Por fim, a **escolha tem de ser informada**. Nos cuidados de saúde isto é claramente um problema, já que a informação relevante tem um carácter técnico e os doentes têm dificuldade em lidar com ela. Daí a importância de uma escolha conjunta entre o doente e o médico de família, o que exige sistemas de informação que permitam uma supervisão e avaliação clara dos aspetos de qualidade.

C. Plano de Ação

A implementação desta medida deve ser gradual. No que diz respeito à liberdade de escolha, sugere-se que a mesma seja, numa primeira fase, generalizada ao nível da rede de cuidados primários, permitindo **ao utente escolher o centro de saúde (ou Unidade de Saúde Familiar) e o médico de família a quem fica diretamente afeto**. Esta liberdade deve ser de imediato acompanhada pela **avaliação da qualidade dos cuidados prestados e da performance financeira das diversas unidades** integrantes da rede de cuidados primários, encerrando-se as que não cumprirem patamares mínimos definidos pela entidade independente.

Numa segunda fase, a liberdade de escolha de cuidados deve ser estendida aos cuidados de saúde hospitalares, sendo que o exercício dessa liberdade pelo utente deve ter o devido aconselhamento do médico de família.

Ao nível dos cuidados hospitalares, prevê-se que uma maior concorrência induza à saída de prestadores principalmente nos centros urbanos. **A garantia do direito ao acesso a cuidados será determinante para a manutenção de unidades em áreas de menor densidade populacional, independentemente de resultados financeiros**. Refira-se, no entanto, que a obrigatoriedade de observância de padrões de qualidade fará com que várias destas unidades devam ter um menor grau de diferenciação dos cuidados que prestam, nomeadamente nas especialidades cobertas pelas unidades de elevada diferenciação.

Para que esta seleção possa ser eficiente, todos os prestadores devem cumprir imperativamente normas de prestação de informação, tanto de cariz financeiro, como de resultados clínicos. Caberá à entidade independente definir os critérios a que essa informação deve obedecer. As ações a desenvolver seriam as seguintes:

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
1. Atribuição a uma entidade independente das funções de controlo da performance das unidades de saúde e da decisão sobre o seu encerramento.	Ministério da Saúde
2. Definição dos critérios de prestação de informação a que as unidades ficam sujeitas.	Entidade Reguladora
3. Estabelecimento da liberdade de escolha ao nível da rede de cuidados primários, tanto pública como privada.	Ministério da Saúde
4. Publicação da informação requerida.	Entidades Prestadoras
5. Alargamento da liberdade de escolha aos restantes níveis de cuidados de saúde.	Ministério da Saúde
6. Avaliação do cumprimento de requisitos financeiros e clínicos e encerramento das unidades que não os cumparam	Entidade Independente

MEDIDA III - ALTERAÇÃO DOS MECANISMOS DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE

A. Descrição da Medida

O sistema de saúde português peca por ter um **recurso excessivo a cuidados secundários** em detrimento dos cuidados primários e continuados, bem como por um **enviesamento da procura por cuidados especializados** relativamente à utilização de cuidados generalistas. A falta de uma rede de cuidados primários bem estruturada, em que muitos utentes não têm um médico de família, faz com que os utentes não identifiquem o centro de saúde como a porta de entrada no sistema de saúde.

Acresce a isto que os **sistemas tradicionais de pagamento** às instituições de saúde (orçamentos globais, por Grupo Diagnóstico Homogéneo, etc.) e aos profissionais de saúde (por capitação, salário fixo ou ato) **remuneram** (muitas vezes) **a quantidade**, mas não a qualidade. Quando a remuneração dos diferentes agentes é essencialmente baseada na quantidade de serviços prestados, tal conduz a uma excessiva indução de procedimentos e ao recurso desnecessário a MCDTs.

A terceira medida tem duas vertentes essenciais. Primeiro, propõe a **generalização de um pagamento por capitação ajustada pelo risco às instituições prestadoras de cuidados de saúde primários**, ficando estas responsáveis pelos pagamentos dos medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de alguns cuidados de saúde hospitalares. Segundo, propõe **aumentar gradualmente o peso que a componente associada ao desempenho e aos resultados tem na remuneração** das instituições (hospitais e indústria farmacêutica) e dos profissionais de saúde.

A capitação corrigida pelo risco consiste no pagamento a cada prestador de um **montante pré-determinado por cada beneficiário registado, garantindo como contrapartida a prestação de um conjunto identificado de serviços**. O montante financeiro atribuído é calculado de acordo com o que se estima ser o nível de cuidados primários necessários, corrigido pelas características individuais observáveis do utente e que são suscetíveis de influenciar o seu estado de saúde, a sua procura de cuidados e a sua utilização de recursos. A dificuldade maior é garantir o pagamento adequado face à elevada heterogeneidade dos utentes.

A fórmula adotada para determinar o montante a que o prestador tem direito deve garantir que o risco atuarial não é transferido para o prestador, mas que este enfrenta apenas risco de desempenho ou performance, ou seja, que este será penalizado apenas se tiver padrões de produtividade mais baixos do que a média ou se efetuar escolhas menos eficazes na gestão da saúde dos

utentes que tem a seu cargo. O modelo precisa de ser suficientemente robusto para **recompensar os prestadores que criam valor** e que conseguem resultados melhores do que o determinado pelo modelo. Isso permite que se possa ir progressivamente exigindo mais de todo o sistema uma vez que à medida que mais informação é incorporada na determinação da quantidade de cuidados primários apropriados para um utente com certas características, a nova norma passa a refletir a eficiência adquirida imputando um menor valor a esse mesmo utente.

Por fim, e para garantir a satisfação em tempo apropriado das necessidades do utente, este terá de ter uma efetiva **liberdade de escolha** do prestador. A liberdade de escolha é o mecanismo que visa garantir a prestação de serviços adequados, desincentivando a opção de redução de custos pela via da diminuição da qualidade dos cuidados. Com a restrição financeira imposta pela capitação e com uma efetiva liberdade de escolha do utente, o prestador será incentivado a prestar serviços de qualidade a baixo custo, para o que terá de aumentar a eficiência na prestação.

O prestador pode ainda ajudar o doente a escolher cuidados de saúde mais especializados, utilizando para tal o seu conhecimento do sistema, mas a decisão final deve ser do utente. Como os encargos com os cuidados prestados por outros agentes passam a estar sob a responsabilidade financeira do prestador de cuidados de saúde primários, garante-se que este não tem incentivo a encaminhar desnecessariamente o paciente para a rede de cuidados hospitalares para evitar o custo de responder diretamente às suas necessidades. Em suma, adota-se o **princípio de que o dinheiro segue o doente**.

Neste contexto, sugere-se o reforço das funções dos enfermeiros no acompanhamento dos utentes, com a generalização da figura do **enfermeiro de família**, que assumiria a função de ser o **primeiro ponto de contacto do utente com o sistema de saúde**. O enfermeiro de família poderia desempenhar um conjunto de tarefas de rotina que atualmente estão a cargo do médico de família, libertando este para as tarefas de maior valor acrescentado.

Uma vantagem adicional do modelo de capitação ajustada pelo risco assenta na maior facilidade de previsão e controlo de custos que o Estado terá de suportar com cuidados primários. Ao transferir para os prestadores um montante pré-determinado, o Estado minimiza o risco de que uma procura acrescida de cuidados conduza a um aumento da despesa. Consequentemente, ficam facilitados o planeamento, a organização e a monitorização.

Um outro problema, que é atenuado com esta medida, reside na dificuldade que um sistema central tem em registar e validar todos os procedimentos e meios utilizados na prestação de cuidados de saúde. Também esta função é transferida para o prestador que necessita de desenvolver sistemas de registo contabilístico e clínico que respondam às suas novas funções. O risco é o da multiplicação e

incompatibilidade de registos entre os diferentes prestadores, com as ineficiências que lhe estão associadas. A definição de boas práticas e de requisitos de informação, até para propósitos de monitorização de qualidade e de custo, é uma regra que deve ser generalizada.

Por outro lado, em diversos países do mundo, tem existido um **recurso crescente a remuneração variável que procura incentivar o aumento da qualidade dos cuidados e a melhoria dos resultados em saúde**. Normalmente, estes incentivos são associados a tipos de pagamento tradicionais, criando uma modalidade de pagamento mista. Os incentivos com o objetivo específico de aumentar a qualidade ou os resultados em saúde têm vindo a ser designados, recentemente, por P4P ou **Pay-for-Performance**.

Na determinação dos mecanismos de remuneração são relevantes as seguintes dimensões: (i) quem é que deve ver o seu desempenho ser avaliado?; (ii) que desempenho deve ser medido?; (iii) que tipo de incentivos devem ser dados?; (iv) qual a dimensão apropriada desses incentivos?.

Na maioria dos casos, os **incentivos são dirigidos às instituições e aos profissionais**, mas existem situações, com uma importância crescente, em que os incentivos são **dirigidos aos doentes**. Procura-se criar incentivos para que os doentes adotem comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Há quem defenda que os incentivos devem ser dados às instituições e não aos médicos, já que são aquelas que, geralmente, suportam o risco financeiro. Existe igualmente alguma evidência de que é preferível dar incentivos às equipas clínicas.

A performance a ser mensurada deve assentar em indicadores económico-financeiros e de qualidade dos cuidados prestados. Importa, então, procurar avaliar e medir essa qualidade, o que comporta dificuldades elevadas. Os programas de pagamento pelo desempenho não devem recompensar a qualidade de topo, mas sim os cuidados geradores de elevado valor, independentemente de quem os presta (de modo a serem mais indutores de mudança).

Os incentivos devem ser essencialmente financeiros ainda que se aceite que fatores como a reputação ou a pressão dos pares são, por si só, determinantes relevantes da performance dos profissionais. Por fim, considera-se que a dimensão destes incentivos deve ser suficientemente elevada para ter um impacto real, sem superar a componente fixa.

Em suma, pretende-se com esta medida criar condições para garantir a sustentabilidade e assegurar a qualidade dos cuidados prestados. O efeito principal que se espera é o de adequar a procura ao tipo de cuidados que o estado de saúde do utente requer e sensibilizar os profissionais para os resultados em saúde. Medidas em tudo semelhantes foram implementadas no Reino Unido, nos EUA e no Canadá.

B. Requisitos para a sua Implementação

Um aspeto crucial assenta na capacidade do Estado exercer a sua função de regulação e de avaliação da atividade e dos resultados de cada unidade de prestação. O Estado deve assegurar o cumprimento de todas as regras por parte das unidades de cuidados primários, a minimização de comportamentos de seleção de utentes e a permanente atualização das fórmulas de capitação de forma a refletir a informação adicional sobre a utilização de recursos e sobre os resultados alcançados. Para tal é imprescindível desenvolver **sistemas de informação bem estruturados** (ver Medida IV), que produzam em tempo útil indicadores de qualidade e de *outcomes* para cada prestador.

A **robustez dos sistemas de informação** é um fator crucial para que esta medida crie a dinâmica desejada de indução de valor, assim como é a seleção correta dos indicadores de resultados que são utilizados. Esse cuidado é igualmente fundamental na codificação dos procedimentos utilizados para que haja comparabilidade da informação e sua utilização na determinação da fórmula de capitação.

Assim, os fatores críticos de sucesso são:

- / Bons sistemas de informação, que relacionem dados clínicos, financeiros e de produção por doente e que permitam associar custos reais aos serviços prestados;
- / Desenvolvimento de sistemas de incentivos que encorajem a inovação e o risco e a procura contínua de melhoria;
- / Capacidade de trabalho em equipa por parte dos membros da unidade prestadora de cuidados;
- / Capacidade de gestão de equipas multidisciplinares;
- / Desenvolvimento de sistemas que facilitem a assistência por mecanismos não presenciais.

Associar o utente ou o agregado familiar a uma unidade de prestação de cuidados de primeira linha e remunerar esta unidade através de capitação ajustada pelo risco pode:

- / Incentivar o utente a recorrer preferencialmente à rede de cuidados primários, possibilitando uma resposta às necessidades do utente não só com maior qualidade, mas também com menor custo;
- / Incentivar o prestador a fazer uma gestão mais integrada do estado de saúde do utente, selecionando os serviços com potencial para acrescentar mais valor por euro despendido. Sendo essa uma sugestão do prestador de primeira linha e ao atribuir-lhe parte do ganho inerente a boas escolhas, coloca-se o ónus da obtenção da informação sobre a qualidade dos prestadores nas mãos de quem tem a capacidade e o conhecimento para o fazer.
- / Promover uma maior ênfase na prevenção e na gestão integrada da saúde por parte dos prestadores de primeira linha.

- / Desburocratizar o processo de registo dos episódios de utilização de cuidados médicos e do seu custo, colocando essa responsabilidade nas unidades a que o utente está associado.
- / Promover a inovação e a diferenciação pela qualidade, colocando também o incentivo na inovação disruptiva, ou seja, que pretende essencialmente reduzir custos.
- / Torna as unidades de prestação de cuidados primários potenciais “*living labs*” que agregam os esforços de criatividade dos diferentes agentes da cadeia de valor.

Os custos de conceção e de implementação destes esquemas de pagamento são consideráveis e a curto prazo podem ser superiores aos benefícios, mas, a prazo, irão permitir **obter value for money**.

O aumento do peso da componente associada aos resultados também exige uma **medição de resultados consistente** do ponto de vista nacional e contínua para cada doente e os resultados têm de ser estratificados, ou ajustados aos riscos da população, para permitirem uma imagem mais precisa. Os resultados têm também de ser comparados ao longo do tempo e entre prestadores.

C. Plano de Ação

A proposta que se apresenta assenta nos seguintes pontos. Primeiro, **pagamento aos ACES de acordo com um modelo de capitação ajustado pelo risco**. Este pagamento responsabilizaria os ACES por todos os cuidados de saúde prestados à população residente na área do ACES. Considera-se que seria vantajoso avaliar os resultados das experiências de verticalização de cuidados em Portugal e desenvolver modelos de previsão de utilização de recursos utilizando os dados históricos existentes, visando uma posterior adoção de formas de remuneração semelhantes à proposta neste capítulo.

A implementação desta medida deve passar pela recolha de informação junto da rede de cuidados primários, o seu tratamento estatístico em parceria com universidades portuguesas tendo em vista o desenvolvimento de uma fórmula de capitação.

Em segundo lugar, **os ACES contratualizariam com os centros de saúde e as USF um pagamento por capitação em que as USF e os centros de saúde assumem a responsabilidade financeira por todos os cuidados primários, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica “de rotina”, assim como de cirurgias eletivas de rotina** (por exemplo, cataratas, varizes, etc.). Enquanto agentes que influenciam as escolhas dos utentes na seleção de cuidados secundários e especializados, os prestadores de primeira linha devem beneficiar dos ganhos que proporcionam ao sistema resultantes da minimização da utilização indevida e excessiva de cuidados em toda a linha.

Em terceiro lugar, o **pagamento de procedimentos associados aos serviços de elevada diferenciação tecnológica** (como transplantes de órgãos e medicamentos associados a doenças raras) **permaneceria sob a responsabilidade das ARS.**

Por fim, a componente associada aos resultados na remuneração dos hospitais e dos profissionais de saúde teria um peso acrescido.

As ações a desenvolver seriam as seguintes:

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
1. Desenvolver modelos de previsão de utilização de recursos utilizando os dados históricos existentes.	Ministério da Saúde + Universidades
2. Definição da fórmula de capitação corrigida pelo risco para financiamento dos ACES.	Ministério da Saúde
3. Financiamento e prestação de cuidados de saúde primários, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica “de rotina”, assim como de cirurgias eletivas de rotina.	USF
4. Reavaliação dos resultados e da fórmula de capitação.	Ministério da Saúde
5. Definição de formas de remuneração dos profissionais com base nos resultados.	Orgãos de Administração das Entidades Prestadoras
6. Definição de acordos de partilha de risco com a indústria.	Entidades Financiadoras
7. Avaliação do cumprimento de requisitos financeiros e clínicos.	Entidade Independente

MEDIDA IV - PROMOVER A EXCELÊNCIA DA INFORMAÇÃO, DOS PROCESSOS E DAS TERAPÊUTICAS

A. Descrição de Medida

A **existência de informação credível, atempada e precisa** é essencial para a tomada de decisão de utentes, profissionais de saúde, gestores e políticos. Permite cuidados melhores, mais seguros e integrados e pode prevenir a existência ou o agravamento de doenças. Por isso, a promoção da qualidade da informação é uma medida com impacto transversal a toda a cadeia de valor e condição necessária para o sucesso das restantes medidas apresentadas.

Para que a informação que já é hoje recolhida se transforme efetivamente em dados tem de ser **estandardizada e introduzida em bases estruturadas** para o efeito. Para que se converta, posteriormente, em conhecimento tem de ser analisada por peritos e por algoritmos que permitam detetar padrões. Para que este conhecimento permita melhores cuidados tem de ser disseminado pelos médicos (através de normas de orientação clínicas), reguladores e políticos (através de estudos que sintetizem a evidência disponível).

A reorganização de processos e a implementação de sistemas de informação integrados, capazes de fornecer informação fiável e em tempo útil sobre o setor da saúde, pressupõem dois vetores de intervenção:

- / **Redefinição de todos os processos de interação com o doente, aumentando a recolha de informação e permitindo novos métodos de trabalho** (em particular, através da estandardização de procedimentos);
- / Melhoria da informação de gestão e a sua qualidade, desenvolvendo **sistemas de benchmarking**, produzindo informação contabilística, de gestão e **indicadores de performance**, melhorando assim o controlo e a qualidade da gestão ao longo da cadeia de abastecimento (fornecedores, intermediários, prestadores de serviços externos e/ou clientes).

Através desta medida defende-se uma aposta na implementação e integração de sistemas de informação que possam ser usados na tomada de decisão. A intervenção pública deverá assegurar uma linguagem e nomenclatura comum, **definir padrões e standards** a usar pelas instituições que assegurem a interoperabilidade dos sistemas, **sensibilizar utentes, profissionais e instituições** para os benefícios que o sistema de saúde pode ter com a partilha de informação e efetuar os investimentos necessários.

Mesmo em contexto hospitalar, onde a complexidade de processos, circunstâncias e situações tenderá a ser maior, a standardização dos procedimentos de atuação dos profissionais permitirá obter ganhos na qualidade, na eficiência e na afetação de recursos.

B. Requisitos para a sua Implementação

Os sistemas de informação podem ser uma ferramenta extremamente importante para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, sendo fundamentais para reorganizar os cuidados clínicos, para enfrentar os novos desafios na gestão de doenças crónicas e para permitir uma maior integração entre os cuidados de saúde primários e os restantes prestadores de cuidados de saúde (nomeadamente os hospitais).

Melhorar o desempenho dos sistemas de informação requer mais do que apenas investimento em tecnologias de informação e comunicação; requer o alinhamento de incentivos, o redesenho da prestação de cuidados de saúde, a integração com fornecedores e a colaboração de todos os stakeholders.

Quanto maior a adoção e implementação de tecnologias de informação pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde e quanto maior a partilha de informação (relativamente a exames, análises, reações adversas a medicamentos, etc.), maiores os benefícios.

É, por conseguinte, de extrema importância lidar com as questões de proteção da privacidade na conceção de novos sistemas de informação para a saúde. **A proteção de privacidade tem as implicações mais diversas.**

O Estado deverá ter ainda um papel importante na definição de *standards* e especificações (ou instruções) relativas à aquisição de *software* e à partilha de uma linguagem comum que possibilite trocas de informação entre instituições e profissionais.

Os sistemas de informação têm um grande potencial para o setor da saúde, nomeadamente reduzindo erros médicos, melhorando o atendimento clínico através de adesão às *guidelines*, e evitando a duplicação e a ineficiência. Para se maximizar os resultados, será necessário obter respostas e definir políticas relativamente à privacidade dos doentes e à falta de *standards* e coordenação entre os vários sistemas.

Os sistemas de informação podem ainda desempenhar um importante papel **no aumento da conformidade com as *guidelines***, particularmente no tratamento de doenças crónicas, tais como diabetes, asma ou doenças cardíacas. Aliás, as aplicações mais recentes melhoram a coordenação de

cuidados para gestão de doenças crónicas, permitindo que os profissionais de saúde partilhem informações sobre doenças complexas e permitindo um maior envolvimento por parte dos doentes.

Em termos de ganhos de produtividade e redução de custos, sob determinadas condições, pode-se evitar a duplicação de testes de laboratório e de diagnóstico e contribuir para a prevenção de erros médicos, que podem ser extremamente caros para o sistema de saúde. Porém, estes impactos não devem ser esperados a curto prazo, mas sim a longo prazo.

C. Plano de Ação

Em face do exposto, sugere-se :

- / A criação de um grupo de trabalho que envolva a Comissão de Informatização Clínica, a ACSS, a Entidade Reguladora da Saúde, a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, a União das Misericórdias Portuguesas e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, no sentido de se chegar a um acordo quanto aos diferentes conceitos a usar nos sistemas de informação (isto é, tendo em vista assegurar a interoperabilidade semântica) e sensibilizar os diversos intervenientes para a importância da partilha de informação.
- / Os sistemas devem ser pensados e concebidos de modo a ajudar os diferentes intervenientes (utentes, profissionais de saúde, gestores e políticos) a tomar, em cada momento, a melhor decisão. Assim, idealmente, os sistemas devem disponibilizar normas de orientação clínica e possibilitar cruzamentos de informação. Quanto à informação que deve ser disponibilizada aos utentes, quer nacionais quer europeus, no sentido de permitir a escolha do prestador de serviços, o mesmo grupo de trabalho acima referido deveria chegar a um acordo quanto à informação que idealmente deveria ser divulgada através de um *site* apropriado, análogo ao site “NHS Choices” existente no Reino Unido (<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>).
- / Deve ser promovida uma cultura de transparência entre as instituições e os profissionais que permita a comparação, por exemplo, de custos e de resultados entre profissionais e instituições e que permita identificar procedimentos médicos e cirúrgicos desnecessários ou de elevado custo com reduzido valor acrescentado e que permita a remuneração consoante o desempenho;
- / Os utentes devem ter a possibilidade de aceder aos seus registos de saúde e de os disponibilizarem a quem e quando o desejarem;
- / Devem ser estabelecidos padrões que permitam a partilha de dados entre as instituições, assegurando simultaneamente a confidencialidade e a segurança dos dados;
- / A implementação dos sistemas de informação deve ser feita de forma faseada, começando por uma área em concreto que seja de mais fácil implementação (menor risco) para demonstrar a

virtude e a potencialidade do sistema. Posteriormente, deverá ser alargado o âmbito dos sistemas para contemplar todas as áreas e instituições.

As ações a desenvolver seriam as seguintes:

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
1. Criação de um Grupo de Trabalho para os Sistemas de Informação com a participação das entidades públicas e privadas, que uniformize os diferentes conceitos a usar nos sistemas de informação e desenvolva padrões de registos, de modo a assegurar a comparabilidade da informação e permitir uma efetiva monitorização e <i>benchmarking</i> .	Ministério da Saúde + Entidade Reguladora da Saúde + Prestadores
2. Generalização das normas de orientação clínica que possibilitem cruzamentos de informação com cumprimento de critérios claros de avaliação económica.	Ministério da Saúde
3. Lançamento de projeto-piloto de harmonização da informação, monitorização com auditorias externas independentes, e <i>benchmarking</i> .	Ministério da Saúde + Entidade Reguladora da Saúde + Prestadores
4. Generalização a todas as áreas da prestação de cuidados de saúde de sistemas de informação harmonizados e auditados.	Ministério da Saúde + Entidade Reguladora da Saúde + Prestadores

MEDIDA V – DINAMIZAÇÃO DO RECONHECIMENTO INTERNACIONAL DO SETOR DA SAÚDE

A. Descrição da Medida

O corolário da implementação das medidas anteriores será o reforço da competitividade das empresas e instituições do setor e o **aumento do caráter de bem transacionável do conjunto de bens e serviços prestados**. Este acréscimo de competitividade traduzir-se-á mais facilmente em resultados se for acompanhada pela criação de uma **marca comum a utilizar por todo o cluster da saúde**. A sustentabilidade desta estratégia e do crescimento de relações comerciais com terceiros noutros países tem de assentar na perceção de que os produtos e serviços oferecidos por Portugal evidenciam um binómio qualidade/custo competitivo quando mensurado através de indicadores internacionalmente aceites e validados.

O que se propõe é a implementação de um **conjunto de iniciativas integradas que possibilitem que Portugal seja percecionado no exterior como um país onde as ciências da saúde são um setor competitivo e inovador, construindo-se uma marca e notoriedade comuns a todos os agentes do setor, da investigação à prestação de cuidados**

Esta marca comum, ainda que com um enfoque nos *subclusters* defendidos na Medida I, fomenta uma ideia de escala e o aproveitamento de sinergias e evita a falta de consistência que poderá ocorrer quando a promoção de um subsetor é realizada de uma forma isolada e independente.

Apesar de o sistema de saúde português apresentar bons indicadores de qualidade, Portugal não é percecionado como um país onde o setor das ciências da saúde é suficientemente dinâmico na produção de bens e serviços competitivos à escala global, bem como na investigação e inovação de novas terapêuticas, processos e tecnologias. Consequentemente, Portugal não é um mercado prioritário de procura internacional de cuidados de saúde, de parcerias para projetos de investigação e de destino para o financiamento do desenvolvimento de novos produtos.

Adicionalmente, a Diretiva Europeia 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu irá abrir a porta à livre circulação de utentes dentro do mercado europeu, possibilitando uma **procura mais alargada pela melhor relação custo/benefício**. A Diretiva identifica os termos em que doentes de Estados membros da União Europeia podem receber cuidados de saúde transfronteiriços noutros Estados membros, descreve o âmbito de aplicação deste conceito, os valores comuns fundamentais dos sistemas

de saúde europeus e alguns dos mecanismos de implementação que se tornam necessários para operacionalizar uma medida desta natureza e desta escala.

Face aos requisitos enunciados, dificilmente Portugal terá condições para, sem alterar a perceção que existe sobre a qualidade do sistema de saúde, conseguir captar utentes europeus ou mesmo impedir a uma saída de utentes, com os custos para o sistema que lhe estão associados, nomeadamente nas áreas onde a capacidade de resposta é menor. Para evitar este cenário e conseguir conquistar mercados é necessário **identificar o tipo de consumidor que está disposto a realizar tratamentos fora do seu país de origem, obter as razões que o levam a tomar tal decisão, bem como identificar o tipo de tratamento que decide realizar**, ou que pelo menos afirma estar disposto a realizar.

Os custos crescentes dos cuidados de saúde nos países industrializados, a dificuldade no acesso ou mesmo a falta de disponibilidade de serviços médicos de alta qualidade no país, são determinantes do aumento dos fluxos de doentes a nível internacional. Portugal pode posicionar-se como um país que consegue competir ao nível dos preços de prestação de cuidados quando comparado com outros países.

Mas para que o setor da saúde seja uma referência internacional é necessário instituir e publicitar um conjunto de indicadores de *outcomes* fidedignos e auditáveis que comprovem a eficácia e a eficiência dos tratamentos clínicos em Portugal. A melhoria da qualidade da informação poderá catalisar a competitividade do setor e contribuir para tornar esta área de atividade num setor sustentável, inovador e competitivo.

Relacionado com a qualidade da informação e da sinalização para o exterior, **a obtenção de certificações de qualidade internacionalmente reconhecidas** é igualmente essencial. As acreditações internacionais já não são um fator diferenciador, mas um requisito fundamental para que as unidades possam fazer parte das redes internacionais de referência. Portugal tem ainda um percurso longo a percorrer a este nível.

Vários países têm prosseguido estratégias de reforço do posicionamento do seu setor de ciências da saúde a nível internacional através de estratégias integradas de afirmação de uma marca comum, ainda que, em alguns casos, mais associada a determinados subsectores. De entre esses exemplos, refira-se a Suécia, Singapura, Coreia do Sul e a Turquia como exemplos em que o sucesso dessa estratégia é notório, tanto na captação de clientes como de investimento.

B. Requisitos para a Implementação

Para que a promoção da marca de um país resulte, é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

- / Sustentabilidade do modelo de promoção do país;
- / Obtenção de um consenso generalizado sobre a alocação de recursos na promoção do país neste segmento da economia e não em outros;
- / Assentar a promoção na quantificação dos resultados.

Os planos de promoção deste tipo de iniciativas têm que estar ligados a ciclos políticos longos, na medida em que a parte mais significativa do financiamento tem origem no Estado e a obtenção de resultados pressupõe a continuidade da estratégia seguida. As empresas e instituições que beneficiam diretamente desta promoção devem contribuir e estar envolvidas para incentivar a conduta e o comportamento corretos e o alinhamento da mensagem.

É, igualmente, necessário que a promoção da marca seja assente numa quantificação dos resultados. A quantificação dos resultados é a forma mais objetiva de tornar todo o processo mais tangível e perceptível para o público, sobretudo quando é necessário justificar como é que o dinheiro dos impostos pagos pelos contribuintes é investido nestas iniciativas.

A afirmação internacional do setor de saúde português requer uma cooperação entre prestadores, utentes, consumidores de serviços de saúde e entidades reguladoras. Esta cooperação reflete-se a vários níveis, desde a necessidade de realizar planeamentos conjuntos e reconhecimentos mútuos entre Estados membros das infraestruturas existentes em cada um deles, à adaptação de procedimentos e normas de modo a conseguir consensos transversais.

Os fatores que determinam o sucesso destas iniciativas podem ser divididos em três tópicos independentes:

- / Perceber as motivações dos consumidores e agir sobre essa informação;
- / Plataformas de informação na internet;
- / Processos de acreditação.

Perceber as motivações que levam pessoas a consumir serviços de saúde no estrangeiro é extremamente importante para garantir que o serviço prestado vai ao encontro, a todos os níveis, do desejo do consumidor. Para isso ocorrer, de forma correta, é necessário que se percebam quais os fatores que influenciam os padrões de consumo dos cuidados de saúde, que vão desde fatores

económicos, como a taxa de câmbio, a fatores relacionados com a segurança das pessoas, como a instabilidade política, a alterações geopolíticas e mesmo a restrições de viagem. Por outro lado, a congruência entre as práticas de publicidade na promoção dos cuidados de saúde e as formas de prestação de cuidados de saúde são também aferidos pela referênciação “*word of mouth*”.

Aliado ao primeiro ponto dos fatores críticos de sucesso de afirmação de uma marca é a **necessidade de convencer os consumidores da qualidade do serviço prestado**. O sucesso também reside na capacidade de **perceber melhor o processo de decisão dos consumidores**, focando-o nos aspetos que estes agentes consideram mais importantes. A incapacidade de analisar a forma como o consumidor acede, assimila, processa, analisa e sintetiza informação proveniente de várias fontes e como é convertido na decisão de um local para realizar os tratamentos de saúde é uma barreira que deverá ser ultrapassada.

Os resultados clínicos pesam muito no processo de decisão e servem de barómetro da qualidade da instituição. Porém, a **quantificação dos resultados clínicos carece de informação fiável e de confiança**, daí a necessidade de estatísticas credíveis.

As plataformas de informação na *internet* são o principal canal de distribuição dos seus produtos e o principal portal de contacto com os potenciais clientes que permite aos consumidores acederem a informação sobre os cuidados de saúde. Na sua essência, estas plataformas devem servir de porta de entrada aos consumidores para acederem a informação médica sobre os cuidados a prestar e como plataforma de conectividade entre os consumidores para que partilhem as suas opiniões e preocupações. Depois do acesso à informação, estas ferramentas deverão servir para partilhar informação comercial sobre as soluções de prestação de tratamentos. Assim, a *internet* e as estruturas montadas sob a mesma, são formas de criar canais de comunicação e distribuição entre as duas partes, o prestador e o consumidor.

C. Plano de Ação

A concretização desta medida pressupõe que se conheçam em toda a sua extensão os determinantes da procura internacional de cuidados de saúde, os fatores de competitividade internacional e a filosofia subjacente ao processo de decisão (quer seja individual, através de brokers ou de redes de referênciação), ao mesmo tempo que se devem criar condições para que Portugal desenvolva fatores sustentados de competitividade nos diferentes elos da cadeia de valor.

O primeiro passo deve, assim, passar pelo conhecimento dos diferentes mercados em que há um crescente volume de transações internacionais, os motivos que explicam esse crescimento e perceber quais são as tendências futuras dominantes.

Um dos vetores essenciais passa por analisar as instituições que prestam cuidados de saúde à escala internacional (conhecer a concorrência), o que pode, ao mesmo tempo, servir como local de referência para as instituições portuguesas a nível hospitalar pelo profissional de saúde ou a nível de cuidado continuado pelo médico internista ou generalista.

A segunda etapa consiste na identificação de vantagens competitivas existentes em Portugal, que possam ser aprofundadas e que mereçam o apoio generalizado dos agentes do setor. Será contraproducente que se procure afirmar internacionalmente o prestígio do setor se a aposta for em áreas onde não existe uma competência reconhecida e não houver capacidade de mobilizar um conjunto de recursos complementares e substanciais. Criar competências de raiz será um desperdício de energias e de recursos financeiros e humanos. O enfoque deverá ser nos centros de elevada diferenciação associados aos 3PIE da medida I.

O terceiro passo deverá passar pelo cumprimento de requisitos de validação da qualidade dos bens e serviços prestados. A acreditação de serviços e a aprovação de processos por entidades de reconhecido mérito internacional não é mais um fator diferenciador, mas um requisito indispensável.

Por fim, deverá ser definida **uma estratégia de promoção que envolva todos os stakeholders do setor**, que seja simultaneamente consistente, sustentada e eficaz.

Em suma, as ações a desenvolver seriam as seguintes:

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
1. Identificar os países que realizam o maior volume de transações internacionais relacionados com os cuidados de saúde e as variáveis que determinam essa procura.	Grupo de Trabalho Ministério da Saúde + HCP
2. Definição do contexto competitivo em que o país pretende operar com o intuito de melhor determinar a vantagem que Portugal terá sobre os restantes concorrentes.	Grupo de Trabalho Ministério da Saúde + HCP + Prestadores
3. Priorização dos segmentos de mercado coincidentes entre a procura externa e a oferta nacional, os quais devem concentrar os esforços de todas as entidades envolvidas.	Grupo de Trabalho Ministério da Saúde + HCP
4. Cumprimento dos requisitos de validação da qualidade dos bens e serviços prestados.	Prestadores
5. Desenvolvimento de uma campanha de marketing centrada nas áreas identificadas em 3.	Ministério da Economia

03 / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até ao momento, a discussão sobre o setor da saúde em Portugal tem-se centrado em torno de duas vertentes principais: o acesso a cuidados de saúde como um direito inalienável e a saúde como uma fonte de despesa crescente que coloca em causa a sustentabilidade do sistema. No entanto, o setor das ciências da saúde é um dos setores com mais potencial de crescimento nas economias desenvolvidas, um dos que mais investimento recebe, que mais recursos canaliza para a inovação e desenvolvimento e que mais emprego tem potencial para criar. Por isso mesmo, limitar as decisões políticas e as opções estratégicas ao controlo do aumento dos gastos em cuidados de saúde, negligenciando a importância das ciências da saúde enquanto setor vital para o crescimento das sociedades desenvolvidas, é diminuir o potencial de desenvolvimento da economia portuguesa.

Criar um setor competitivo internacionalmente é garantir maior geração de riqueza, mais eficiência no setor, atração de investimento, progresso tecnológico e criação de emprego, o que permite não só aumentar o PIB, e dessa forma o denominador do rácio que está no centro de todas as preocupações, mas também garantir que o numerador resulta da melhor relação custo/benefício possível. A excelência do setor das ciências da saúde terá de ser um dos principais contributos para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

Para que tal seja uma realidade, o primeiro requisito passa pelo levantamento das competências e recursos disponíveis, de forma a identificar as áreas das ciências da saúde onde o potencial de afirmação internacional é maior. Enquanto economia de dimensão reduzida, mas em que a flexibilidade e capacidade de adaptação das empresas e a qualificação dos recursos humanos são das principais fontes de competitividade, Portugal tem de concentrar esforços no desenvolvimento de áreas em que pode efetivamente concorrer internacionalmente, corrigindo uma tendência de dispersão e de tentativa de ser competitivo em todas as vertentes do setor.

A seleção de *subclusters* onde se concentre esse esforço é uma das principais medidas propostas neste relatório e será, provavelmente a de mais fácil implementação e a que, juntamente como a melhoria da qualidade da informação e da standardização de processos, pode proporcionar resultados mais imediatos. Mas a lógica de complementaridade e de reforço de benefícios entre todas as medidas justifica que se defina um cronograma de implementação conjunto, sob pena de se atenuar o impacto positivo que estas alterações podem ter sobre a eficiência, mas também sobre a qualidade e a equidade no acesso.

Um setor competitivo internacionalmente requer um ecossistema interno exigente, que prepare as empresas para o embate externo, criando uma simbiose entre os interesses de todos os agentes do setor.

PORTO BUSINESS SCHOOL

Rua de Salazes, 842
4149-002 Porto
T 226 153 270 / F 226 100 861
E geral@pbs.up.pt
www.pbs.up.pt

