



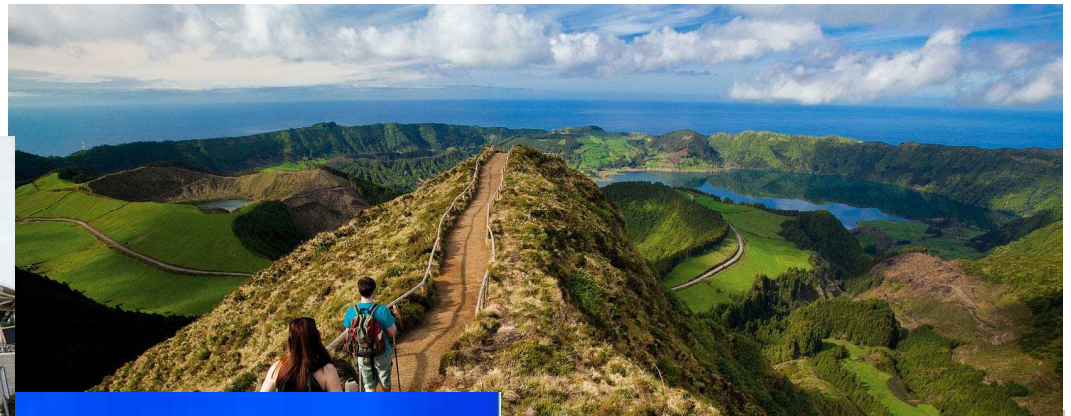
CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Gabinete do Deputado Odorico Monteiro - PSB/CE



## Fórum Internacional de Sistemas Universais de Saúde Lançando olhar sobre o desempenho de serviços e governança de saúde locais e nacionais



# Portugal





CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Gabinete do Deputado Odorico Monteiro - PSB/CE



**Fórum Internacional de  
Sistemas Universais de Saúde**  
Lançando olhar sobre o desempenho de serviços e  
governança de saúde locais e nacionais

# ***Avaliação de desempenho e mecanismos de controle: melhorando a resposta do sistema***



**USF Marginal**

**ACeS Cascais**

**ARS de Lisboa  
e Vale do Tejo**

**André Biscaia**

[andre.rosa.biscaia@gmail.com](mailto:andre.rosa.biscaia@gmail.com)

# Portugal



	1970	2001	2011	2015
População Residente (Milhares)	8 680,6	10 362,7	10 557,6	10 358,1
População Residente com um nível superior de educação	-	6,8	13,2	17,1
PIB per capita €, em constant 2011 prices	6 202,8	16 398,6	16 686,3	Pre 16 538,7
Taxa de Inflação (%)	-	4,37	3,65	0,49
Hospitais	634	217	226	225
Centros de Saúde	-	392	388	-
Médicos	8 156	33 233	42 796	48 487
Enfermeiros	13 797	39 529	64 478	67 730

Source: PorData (<https://www.pordata.pt/>)

# **CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Cuidados Essenciais

logo

têm de estar disponíveis

para todos



Um Sistema Universal de Saúde  
com acesso em tempo útil e  
garantindo cuidados  
globais, equitativos e  
de qualidade  
**mas também**  
Utilizado por Todos

# Um Sistema de Saúde para todos e usado por todos e Atenção Primária 100% Pública

Inquérito Nacional de Saúde – amostra representativa  
População residente com 15 anos ou mais por nível de educação e a última consulta médica. Portugal, 2014

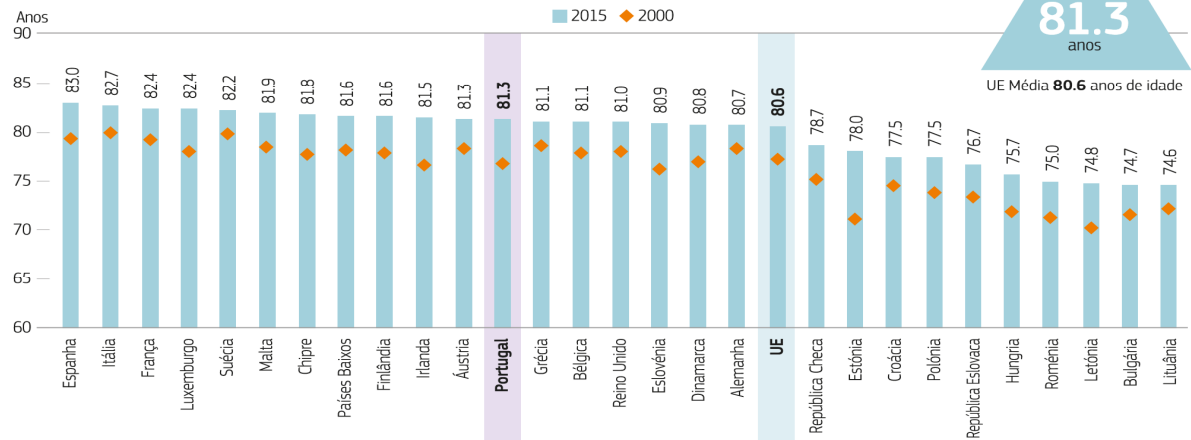
Educação	Médico de Família		
	Menos de 12 meses	12 meses ou mais	Nunca
Total	75.05%	24.2%	0.71%
Nenhuma	85.14%	14.11%	X
Básica	75.22%	22.13%	0.6%
Secundária	71.19%	28.26%	x
Superior	68.61%	30.06%	x

Fonte: Inquerito Nacional de Saúde, 2014.

([https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2))

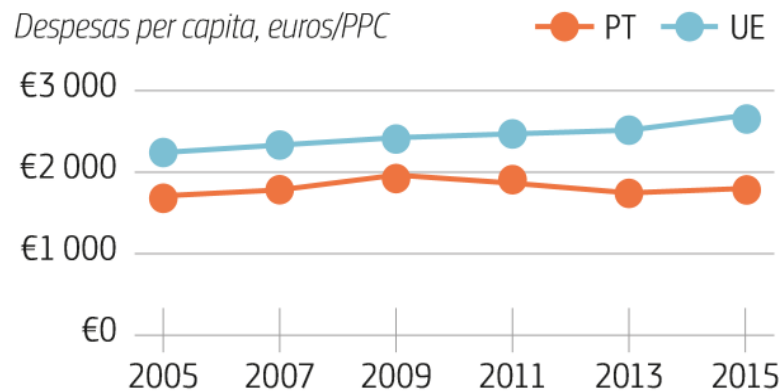


Figura 1. A esperança de vida aumentou mais de quatro anos desde 2000, acima da média da UE



Fonte: Base de dados do Eurostat.

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_pt_portuguese.pdf)



Portugal gasta 30% abaixo da média da União Europeia (UE).

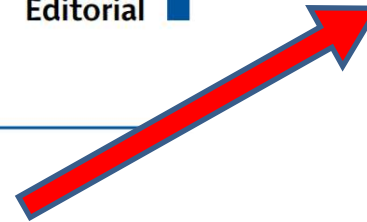
Representa 9% do PIB, sendo a media da UE 9,9%.

Dois terços são de **financiamento público**, mas os **pagamentos directos** aumentaram (no entanto há **isenções que protegem os grupos mais vulneráveis**)

# Uma pequena ajuda do

# THE LANCET

Editorial



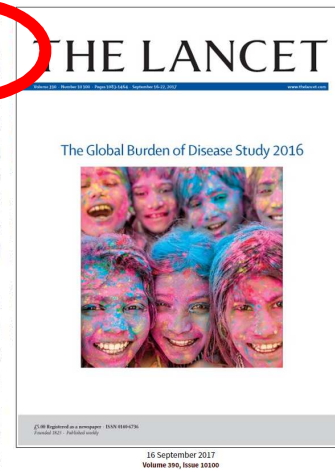
## Life, death, and disability in 2016

In this week's issue of *The Lancet*, we publish the latest global, regional, and national estimates and analyses from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016), covering the period 1990 to 2016. The GBD is a herculean effort that annually tracks disease burden across countries, time, age, and sex. In 2016, there were an estimated 128.8 million livebirths and 54.7 million deaths. The good news is that globally, mortality rates have decreased across all age groups over the past five decades. For the first time, the estimated number of deaths in children under 5 years fell below 5 million, and there were 230 000 maternal deaths. Deaths from communicable diseases have largely decreased apart from dengue, where deaths increased by 81.8% since 2006 to 37 800 in 2016. There were an estimated 1.03 million HIV/AIDS deaths, 1.2 million tuberculosis deaths, and 719 600 malaria deaths.

However, an estimated 72.3% (39.5 million) of all deaths in 2016 were from non-communicable diseases. Since 2006, deaths from ischaemic heart disease (IHD) have increased by 19% globally. The Socio-Demographic Index (SDI) is a metric that measures a country's development. IHD is the leading cause of premature

and analyses. The study showcases exemplar nations, such as Ethiopia, the Maldives, Nepal, Niger, Peru, and Portugal, where observed life expectancy was greater than expected life expectancy based on their SDIs. It will be important to learn the reasons for progress in these countries. In the first-year analysis of country progress towards meeting the health-related Sustainable Development Goals, no countries are projected to meet more than 13 of the 24 targets by 2030. Singapore, Iceland, and Sweden were the best performers in 2016 while Somalia, the Central African Republic, and Afghanistan were the poorest.

In 2013, the core message from the *Lancet* Commission on Investing in Health (Global Health 2035) was that the world has a unique opportunity to end preventable mortality in a single generation. The report argued that a grand convergence in mortality and life expectancy, where rich and poor countries converge to being the same in 2035, is possible. But when one looks at the estimates from GBD 2016, the picture is mixed. There is some evidence of convergence in mortality. But in some areas, there has been a relative divergence—for example, in men and women aged 30–54 years. The Commission must review and reflect on these findings in its future work.

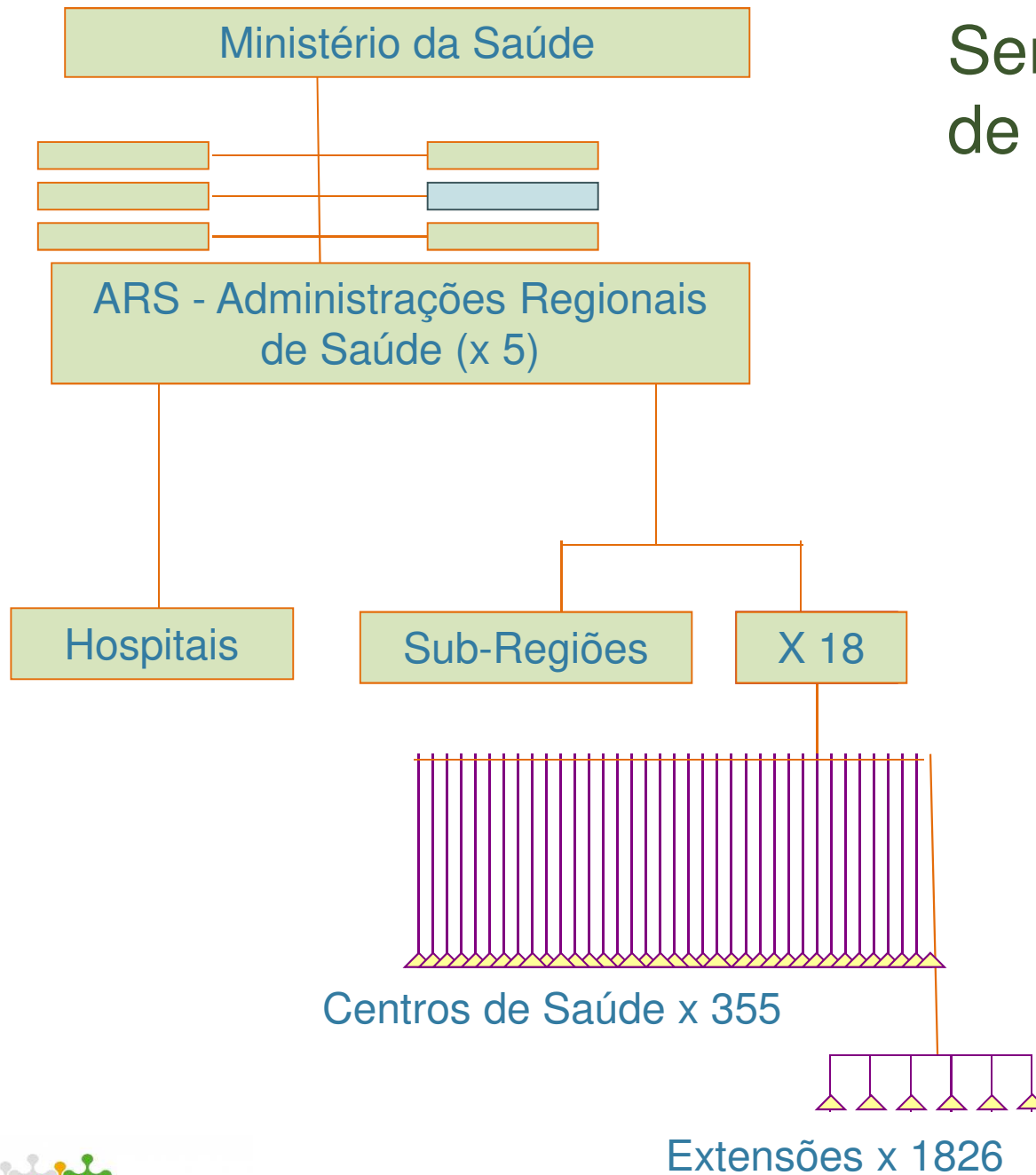


16 September 2017  
Volume 390, Issue 10100

Nos países onde a **esperança de vida observada** menos a **esperada** foi maior do que 5 anos em 2016, essa diferença foi maior desde 2000, na Etiópia, Nigéria, **Portugal**, Peru, e Maldivas.

As políticas destes países devem ser estudadas





# Serviço Nacional de Saúde

Financiado por impostos

Primeiro Contacto Centros de Saúde (cobertura nacional)

Integrado Verticalmente

Cuidados de Saúde e medicação

Taxas moderadoras

Profissionais de Saúde funcionários públicos com um salário mensal fixo

# Observatório Europeu de Sistemas de Saúde Recomendações para o futuro

[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Promover trabalho em equipa

Inscrição em listas de utentes

Garantir maior acessibilidade

Apostar num pagamento  
diferenciado

Implementar a informatização  
dos serviços

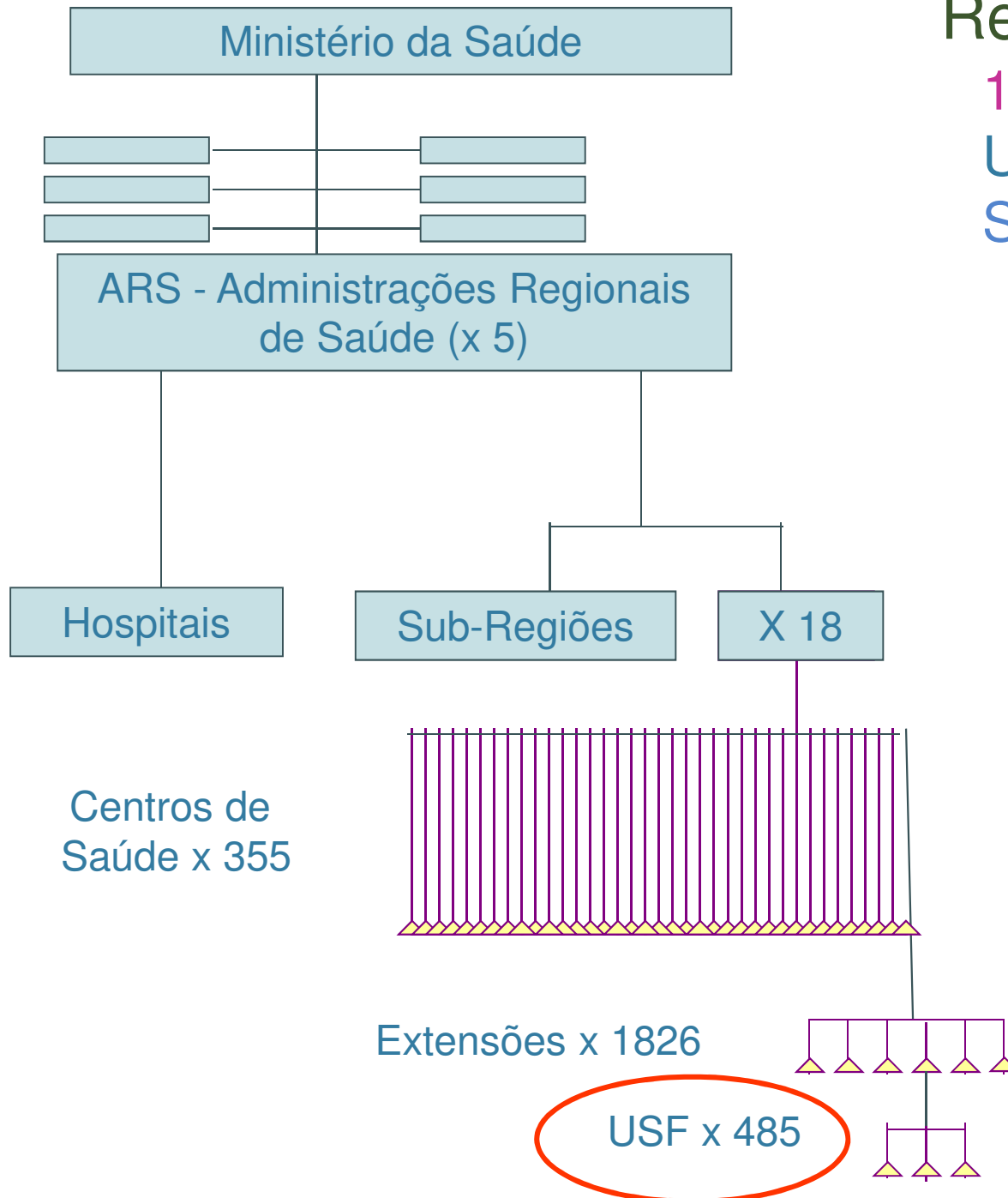


# Reforma dos CSP 2005

## 1ª Fase

### USF Unidades de Saúde Familiares

- Adesão voluntária
- Pequenas equipas multiprofissionais, estáveis e auto-organizadas 15 a 30
- População numa dada área geográfica 4.000 a 18.000
- Autonomia organizativa, funcional e técnica
- Gestão participativa (um profissional = um voto)



# Reforma dos CSP 2005

## 2ª Fase

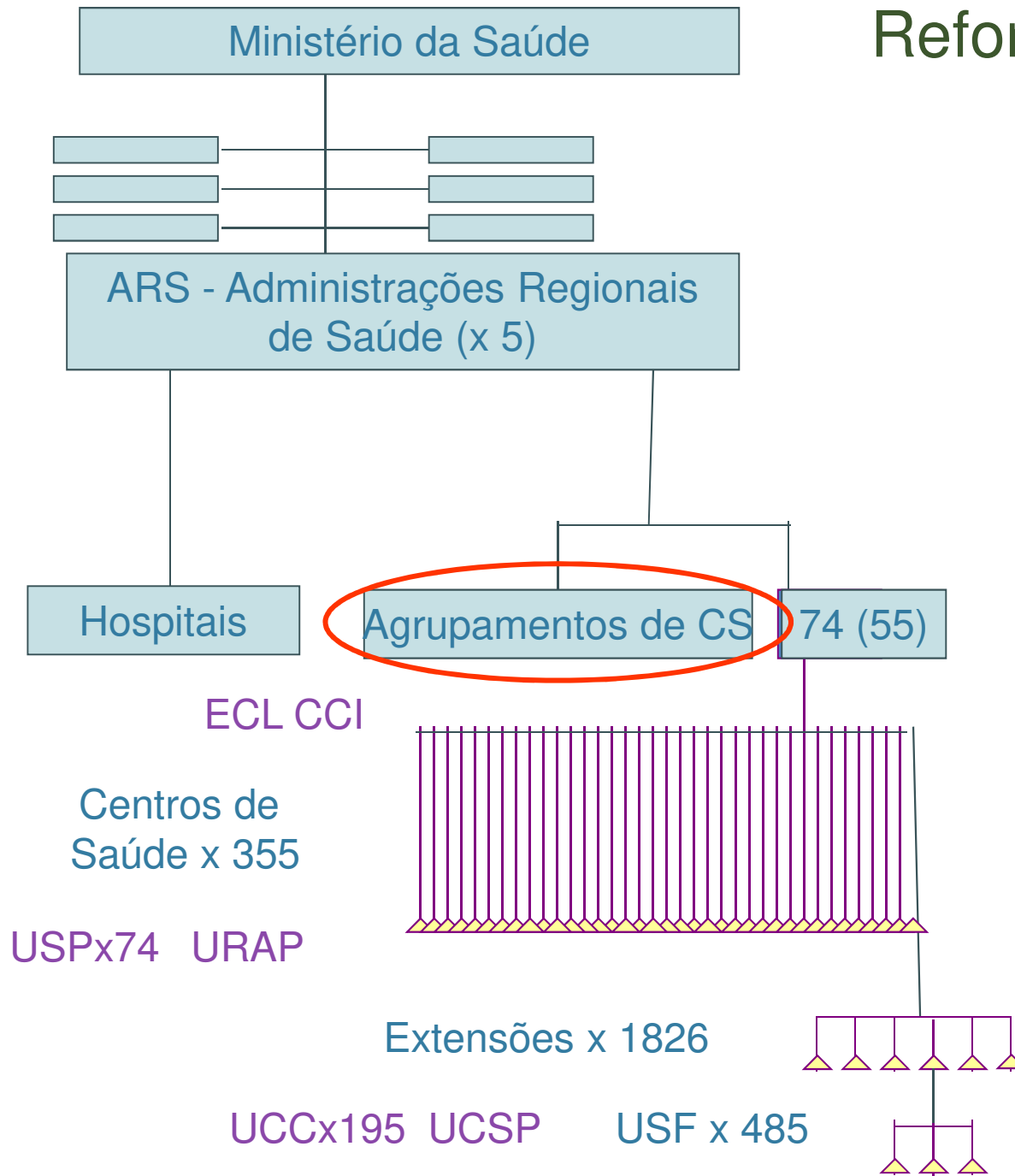
Reconfiguração dos CS

Serviços comuns e de suporte

Agrupamentos de CS  
60.000 a 200.000

Estrutura de gestão, recursos e instrumentos comuns

Aumento da autonomia



# As estruturas, os meios, o enquadramento necessários





# Unidades de Saúde Familiar (USF)

## – Modelos USF

MODELO	patamares de autonomia, graus de partilha de risco e compensação retributiva
Modelo A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponde a uma <b>fase de aprendizagem</b> e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar.</li> <li>• <b>Remunerações</b> aplicáveis às respectivas carreiras profissionais do sector público.</li> <li>• Possibilidade de contratualizar uma ou mais <b>carteira adicional</b>.</li> <li>• Contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em <b>incentivos institucionais</b> a reverter para a USF.</li> </ul>
Modelo B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional</li> <li>• nível de contratualização de desempenho mais exigente.</li> <li>• participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos</li> <li>• <b>Regime retributivo especial misto sensível ao desempenho</b> <u>para todos os profissionais</u>, (remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho).</li> </ul>

H. Botelho



# USF Marginal



 **USF MARGINAL**

**Parceiros na saúde  
juntos,  
consequimos**

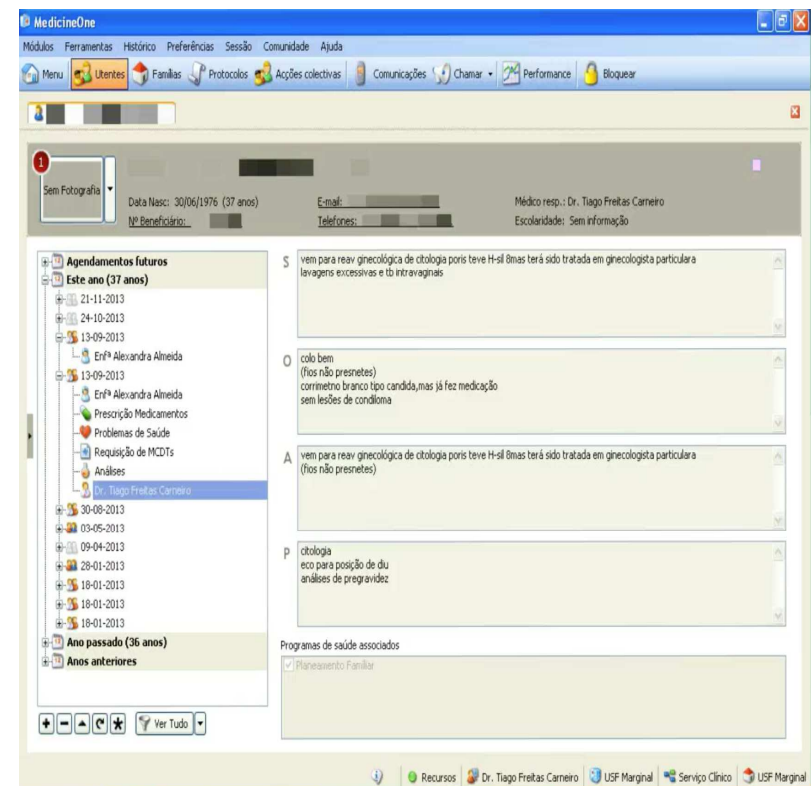


# É necessário um sistema de informação em Saúde

útil

Internamente  
no apoio à actividade

Externamente  
para informar,  
para monitorizar  
e para suportar a decisão



# Transparência

The screenshot shows the SNS website interface. At the top left is the SNS logo (SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE). To its right is a navigation bar with the 'ÁREA DO CIDADÃO' menu open, showing options: SNS, INSTITUCIONAL, CIDADÃO, PROFISSIONAL, TRANSPARÊNCIA (selected), and COMUNICAÇÃO. Below the navigation are four large green buttons: SNS, Institucional, Cidadão, and Profissional. The main content area features a grid of six cards: 'Transparência' (3.524.750 vacinas administradas em 2017), 'SNS 24 - Centro de Contacto', 'Reforma do SNS', 'Tempos de Espera', 'Monitorização do SNS', and 'Literacia em Saúde e Percursos de Vida'. On the right, there is a video player for 'Prémio em Bioética João Lobo Antunes' and an 'Agenda' section for 'Novembro 2017'. A 'Notícias' section is partially visible at the bottom left.

<https://www.sns.gov.pt/#>

# Governança Clínica e de Saúde

sistema pelo qual a unidade de gestão e os profissionais assumem responsabilidades partilhadas e são responsabilizados pelos cuidados prestados,

minimizando os riscos, monitorizando e melhorando continuamente a qualidade dos cuidados





# Regime retributivo especial misto sensível ao desempenho

## MÉDICOS USF Modelo B – I

### Componente Fixa

-**Salário Base** correspondente à remuneração da respectiva categoria e escalão (35h DE)

### Componente Variável

- a) *O suplemento associado ao **aumento das UP** da lista*  
(mensal e individual)
- b) *O suplemento da realização de **cuidados domiciliários***  
(mensal e individual)
- c) *A compensação associada ao desenvolvimento das **actividades específicas*** (grupo)
- d) *A compensação associada à eventual **carteira adicional** de serviços*

# Regime retributivo especial misto sensível ao desempenho

## MÉDICOS - II

### Compensação associada às actividades específicas dos médicos

Vigilância a utentes vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Direcção -Geral da Saúde:

- a) A vigilância, em **planeamento familiar**, de uma mulher em idade fértil, por ano - **1 UP**
- b) A vigilância de uma **gravidez** — **8 UP**
- c) A vigilância de uma **criança**, no **primeiro ano de vida**, por ano — **7 UP**
- d) A vigilância de uma **criança**, no **segundo ano de vida**, por ano — **3 UP**
- e) A vigilância de uma **pessoa com diabetes**, por ano — **4 UP**
- f) A vigilância de uma **pessoa com hipertensão**, por ano — **2 UP**

# Regime retributivo especial misto sensível ao desempenho

## MÉDICOS - III

### Cálculo:

55 *UP* = 1 *UC* (Unidade Contratualizada)

1 *UC* = 130 euros

Limites: 20 *UC* / Médico;

9 *UC* para lista (2.412 *UP* = 1.950 utentes-padrão)

20 domicílios / mês ( x 30 euros)

\* Podem ainda acrescer:

**Orientador de formação: 220 *UP* (= 4 *UC*)**

**Coordenador USF = 7 *UC***

H. Botelho

21

# Contratualização de Serviços

Processo de gestão por objectivos

realizado

pela implementação efectiva

da Governação Clínica e de Saúde

# Contratualização

Área	N.º S.I.	Indicador	Meta 2010	Valor Atingido 2010	Meta 2011	Valor Ref. <sup>a</sup>
<b>Acesso</b> 4	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família				85
	3.15	Taxa de utilização global de consultas				75
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos				30
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos				145
<b>Desempenho Assistencial</b> 8	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em cada 3 anos)				60
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos				70
	5.4M	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres				90
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial em cada semestre				95
	6.1M1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos				98
	6.1M2	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos				97
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias				75
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre				80
<b>Qualidade Percepcionada</b>	-	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- score final)				A definir a nível nacional
<b>Desempenho Económico</b>	7.6	Custo médio facturado (PVP) para medicamentos por utilizador SNS				a)
	7.7	Custo médio com meios complementares de diagnósticos e terapêutica facturado em PVP por utilizador SNS				a)



# Contratualização de Serviços Novo Modelo - 2017

**O QUE É:** Gestão por objectivos

**O QUÊ:** Resultados em saúde num contexto de boas práticas

**COMO:** **PLANO AÇÃO** a 3 anos

Multidimensional

Governança Clínica e de Saúde

Compromisso

RESULTADOS

PROCESSOS

RECURSOS

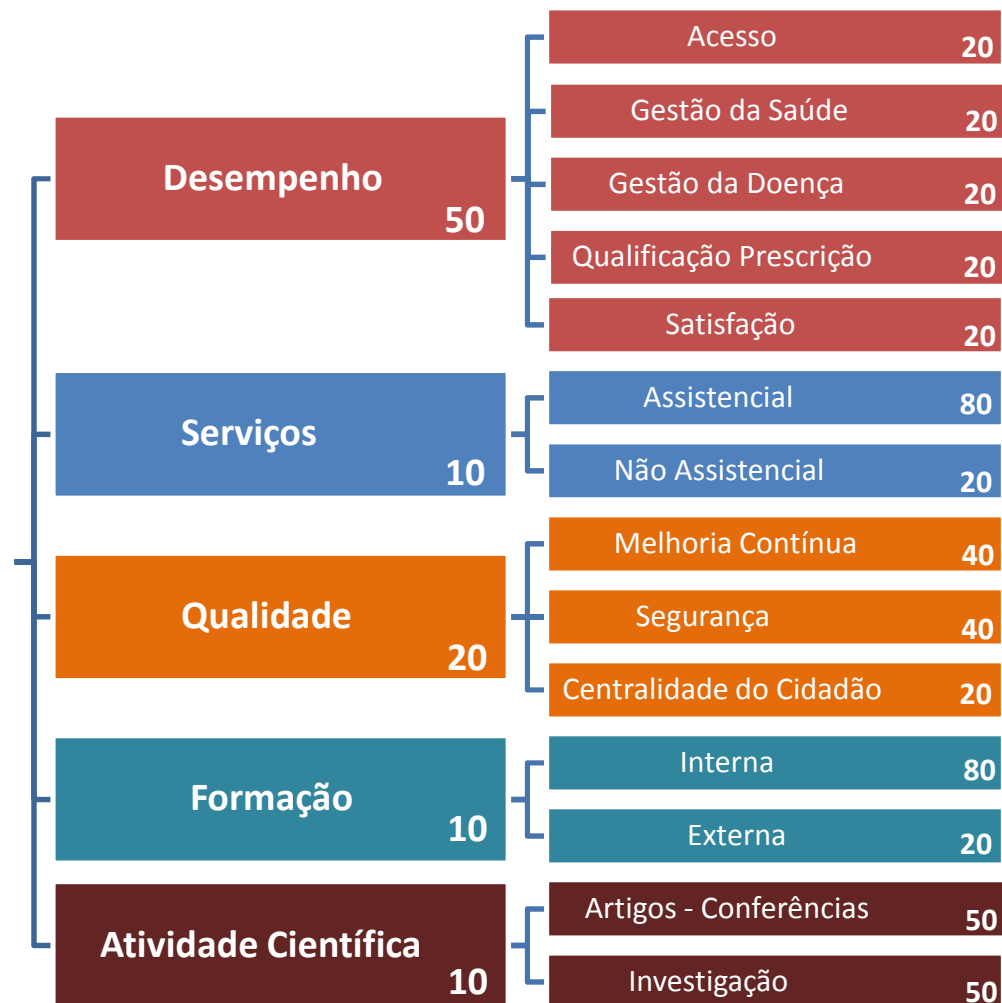
**CONSEQUÊNCIAS:** Premiar os melhores desempenhos

Carlos Nunes

# Índice Global de Desempenho

USF / UCSP

IDG  
100



**Desempenho**  
(100x 0,50)

**Acesso** 100x0.2

**Gestão da Saúde** 100x0.2

**Gestão da Doença** 100x0.2

**Qualificação da Prescrição** 100x0.2

**Satisfação** 100x0.2

Cobertura 100x0.1

Personalização 100x0.1

Consulta telefónica 100x0.1

TMRG 100x0.4

Consulta no dia 100x0.1

Trajetos 100x0.1

Distribuição no dia 100x0.1

Saúde Infantil 100x0.25

Saúde Mulher 100x0.25

Saúde Adulto 100x0.25

Saúde Idoso 100x0.25

Processos Assistenciais  
Diabetes,... 4x(100 x0. 25)

Farmacoterapêutica 100x0.5

MCDT 100x0.3

Prescrição Cuidados 100x0.2

Satisfação Utentes 100x0.2



# Indicadores de Desempenho

## Modelo Inicial

Metas negociadas

Diferentes para cada unidade de saúde

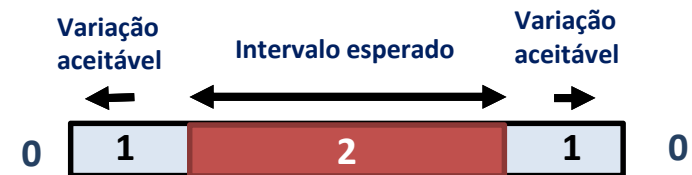


## Novo Modelo

Intervalo esperado e

Variação aceitável

Igual para toda as unidades



	<75%	76% - 78%	79% - 88%	88% - 90%	>90%
% de consultas pelo próprio médico de família					
% de consultas realizadas agendadas no próprio dia	<15%	16% - 20%	21% - 35%	35% - 45%	>46%
Custo da terapêutica do doente com diabetes controlada	<120€	120€	120 - 300€	300 - 322€	> 322€
% de prescrição de cefalosporina no total dos antibióticos	0	0	0 - 5	5 - 7	> 7

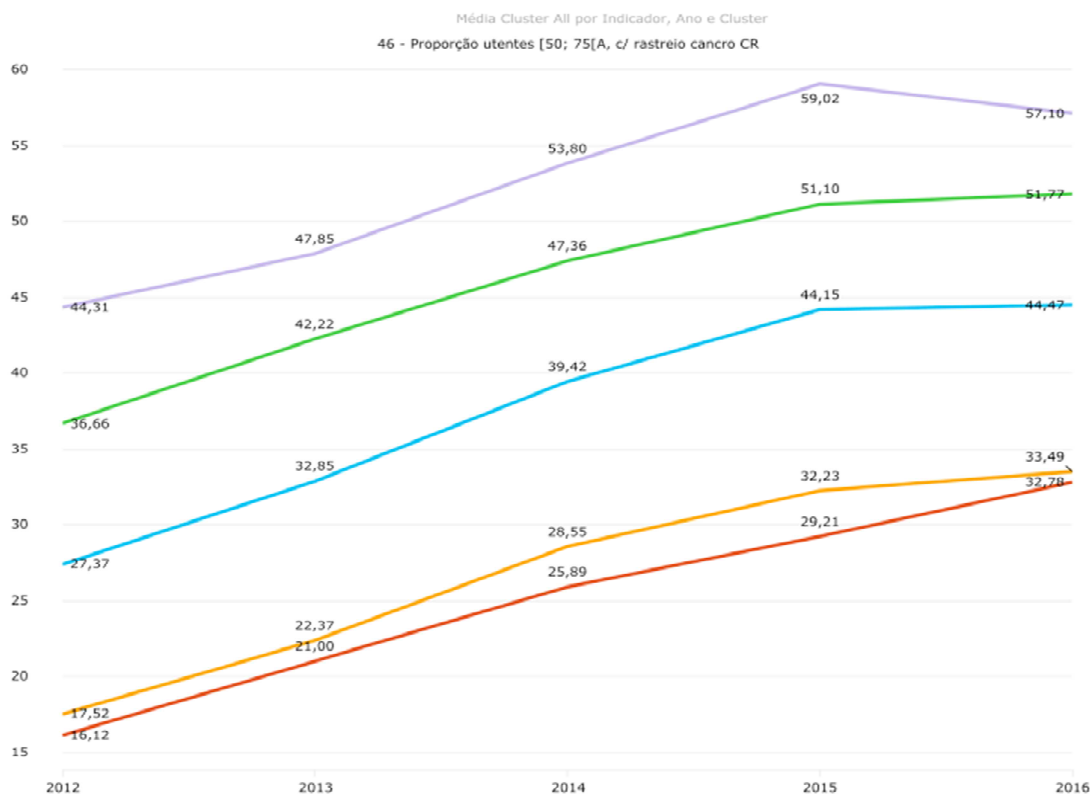
António Pereira

## Índice de acompanhamento adequado de pessoas com hipertensão arterial

- pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
- uma consulta médica em cada semestre
- uma medição de tensão arterial em cada semestre
- pelo menos uma medição de tensão arterial inferior a 150/90mmHg no último semestre
- Avaliação do risco Cardiovascular SCORE – pelo menos uma nos últimos 3 anos
- Microalbuminúria - pelo menos uma nos últimos 3 anos
- Colesterol Total colesterol, HDL e triglicéridos - pelo menos uma nos últimos 3 anos



# % de pessoas com 50-75 anos com rastreio do cancro do cólon



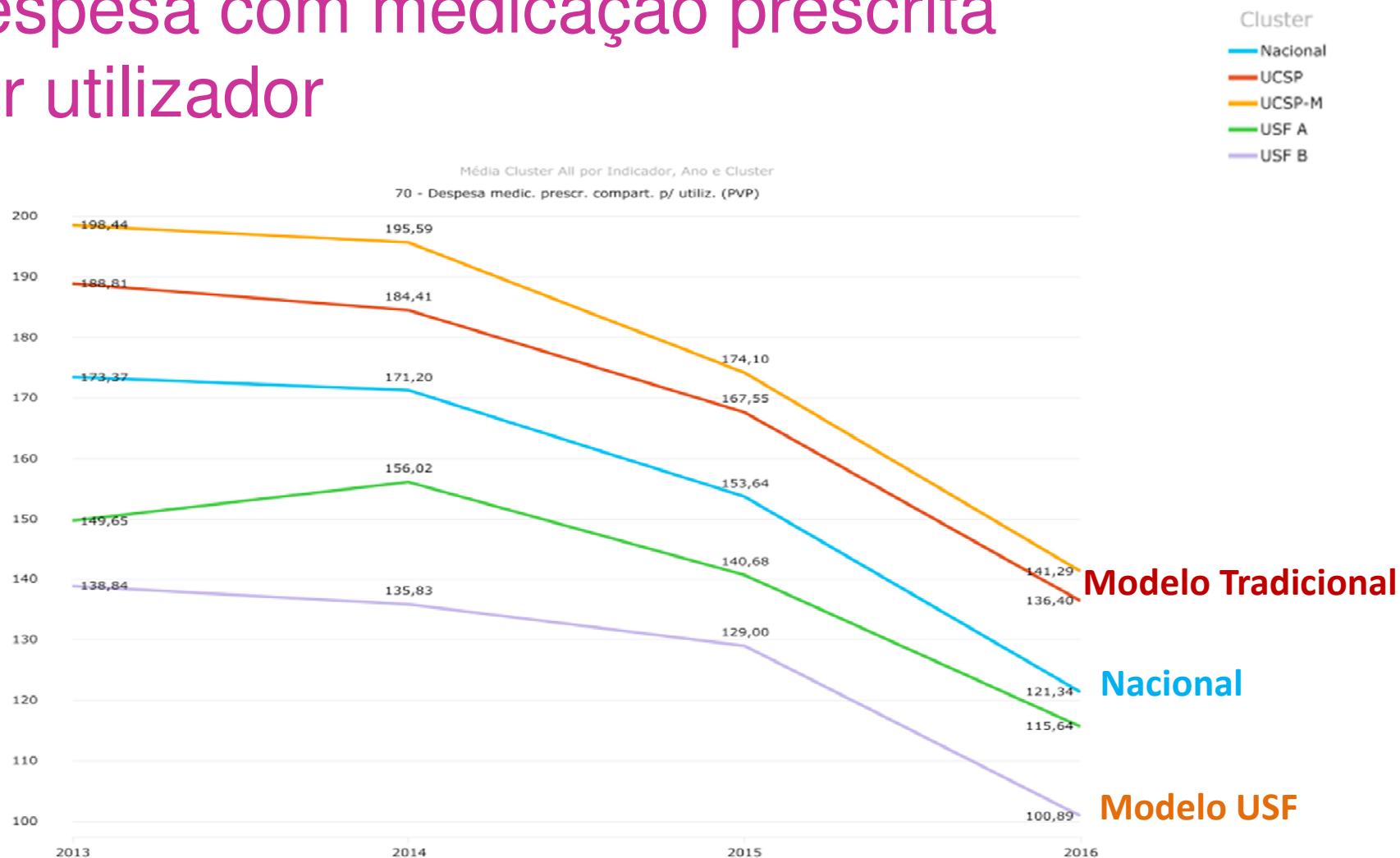
**Modelo USF**

**Nacional**

**Modelo Tradicional**



# Despesa com medicação prescrita por utilizador



**Apostar na micro-eficiência  
através da governação clínica**

# Internamentos Evitáveis por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Ambulatory Care Sensitive Conditions

São condições clínicas que poderiam ter sido prevenidas e controladas nos CSP, mas que acabam por ser atendidos e tratados em regime de internamento hospitalar

Alguns dessas condições:

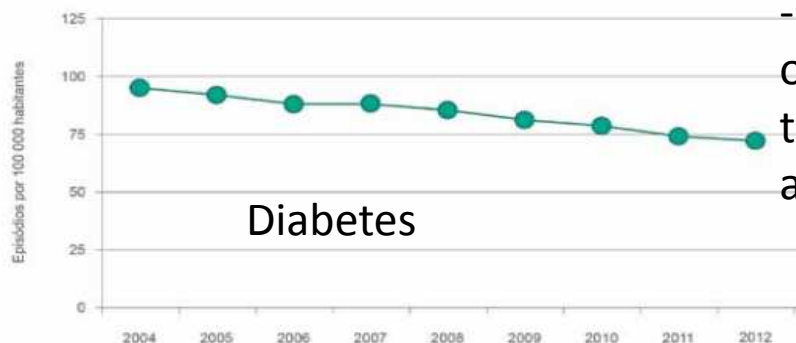
- Diabetes;
- Asma

- DPOC;
- Hipertensão Arterial;
- Insuficiência Cardíaca
- Angina
- Epilepsia

Gráfico 9 – Evolução das ACSC de Hipertensão



Gráfico 5 – Evolução das ACSC de Diabetes



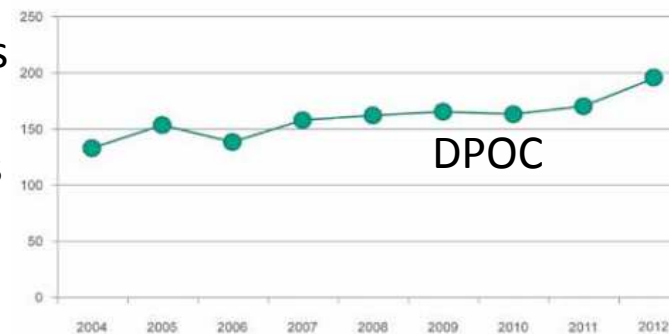
**Melhoria:**

- a partir de 2005 (início da reforma da Atenção Primária)
- nas áreas incentivadas e não nas outras (diabetes e HTA)
- melhor nas regiões onde a reforma tinha mais unidades ativas (ARS Norte)

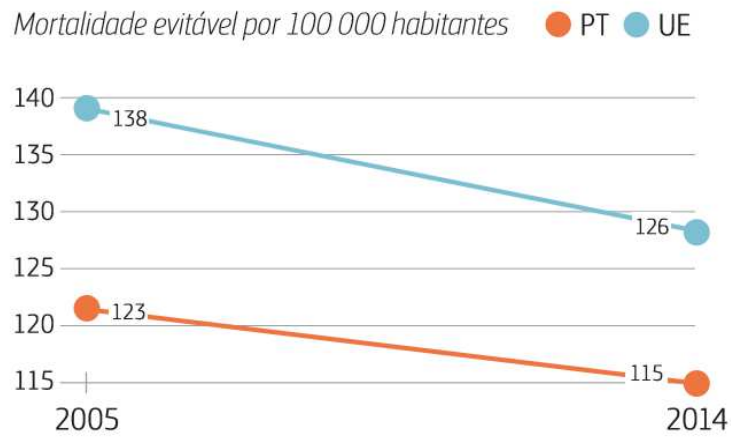
Gráfico 13 – Evolução das ACSC-IM de Insuficiência Cardíaca



Gráfico 17 – Evolução das ACSC-IME de DPOC/Bronquite



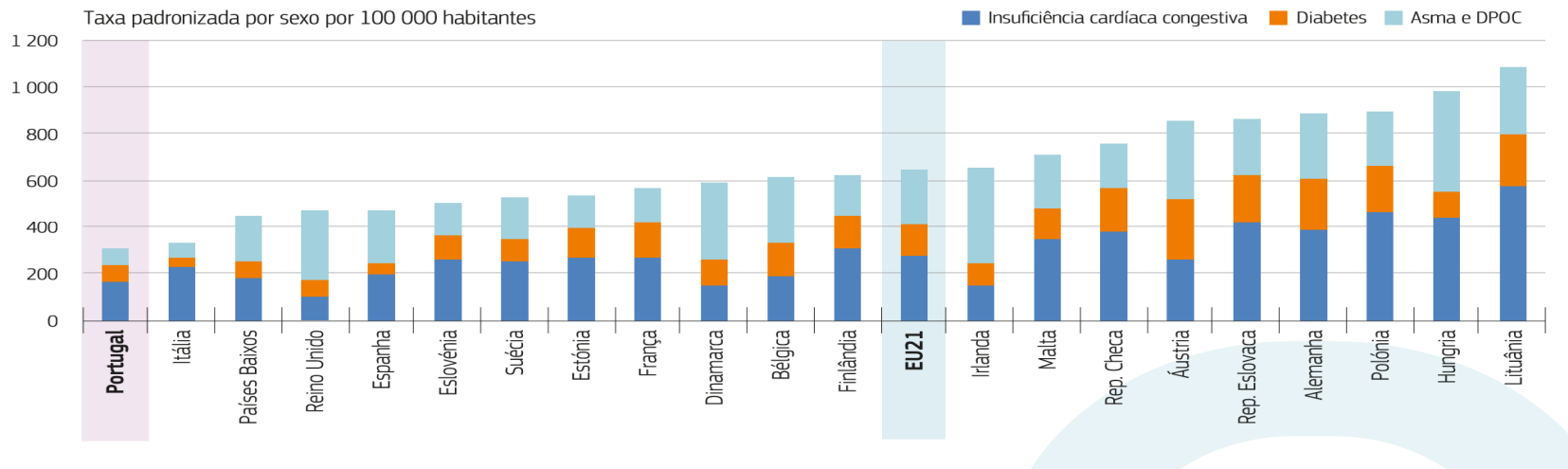
# Este é a melhor prova de que os Cuidados de Saúde Primários / Atenção Primária **funcionam**



Portugal tem uma das mais baixas **taxas de hospitalização evitável** (aquelas que derivam de condições que podem ser tratadas na Atenção Primária)

da União Europeia

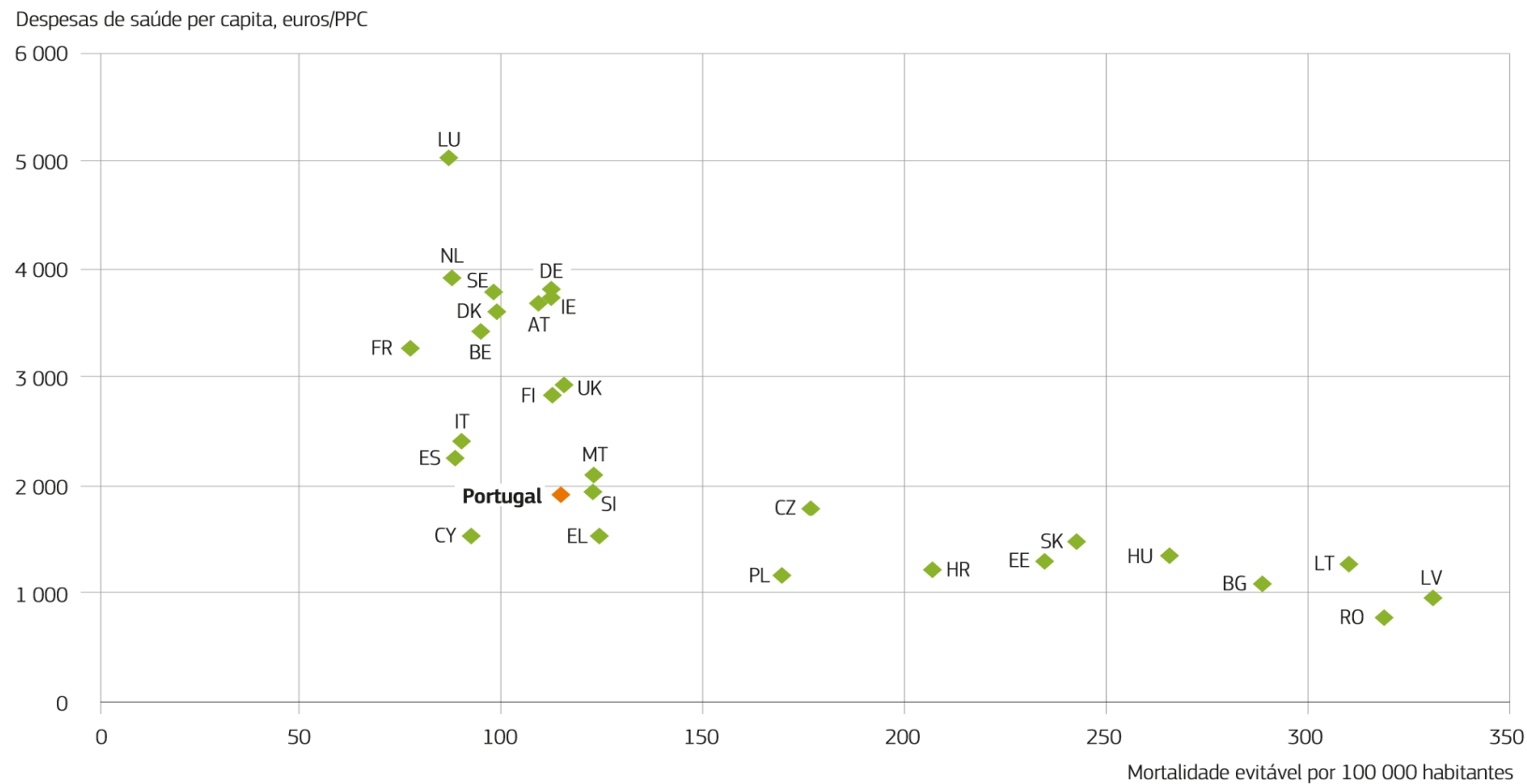
“o que deixa perceber que estas doenças estão a ser geridas com eficácia ao nível dos cuidados de saúde primários e que estes são de boa qualidade.”





# Avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Efectividade

**Figura 15. Portugal tem baixos níveis de mortalidade evitável com um nível reduzido de despesas em saúde**



# Conclusões

**Um Sistema de Saúde para todos e utilizado por todos**

**Promover trabalho em equipa**

**Negociar objectivos e permitir que auto-gestão (autonomia com responsabilidade) faça o resto**

**Inscrição em lista de utentes**

**Desenvolver orientações clínicas nacionais e promover a sua adaptação local**

**Apostar num pagamento diferenciado alinhado com os objetivos e boas práticas**

**Informatizar tudo: todas as unidades, todos os procedimentos, todo o trabalho de todos os profissionais, toda a informação útil**



# Conclusões

## Apostar na micro-eficiência através da governação clínica

**Criar um modelo de contratualização de serviços inteligente e brasileiro que coloque profissionais e gestores a trabalhar por objetivos, mas estes objetivos e suas metas têm de ser negociadas de um modo correto**

**Ter um sistema de informação útil: uniformizar os registos, disponibilizar informação para monitorizar e avaliar os processos**

**Construir uma base de dados integrada como dados do contexto, dos hospitais e atenção primária (os dados da atenção primária não são suficientes para avaliar a atividade da atenção primária)**

# Existo porque Insisto



Obrigado