

PROJETO DE LEI N.º 148/XIV/1ª

Modelo de financiamento dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde

Exposição de motivos

A Lei de Bases da Saúde em vigor, Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro, nos seus números 1 e 2 da Base 1, determina que *“o direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”*; que *“o direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”*.

Segundo a alínea g) do número 2 da Base 4 da mesma Lei, são fundamentos da política de saúde *“a gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade”*.

Ainda o número 2 da Base 20 determina os princípios pelos quais o SNS pauta a sua atuação e, na alínea h), estabelece que um desses princípios é a *“sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis”*.

No entanto, o SNS tem a sua sustentabilidade gravemente comprometida – apresenta um défice no final de cada ano – o que tem impacto no acesso dos cidadãos a um SNS de qualidade, seguro e em tempo clinicamente útil.

Uma das justificações será a suborçamentação crónica do SNS. Mas não é apenas esse o problema.

Existe a ideia generalizada de que, quando algo é gratuito, não custa nada a ninguém.

No entanto, importa lembrar que “a saúde não tem preço, mas tem custos”. E que mais gastos em saúde não significam necessariamente mais e melhores cuidados de saúde. Muitos desses gastos são ineficientes, constituindo um desperdício que, além de aumentar a fatura da saúde, coloca em causa a sustentabilidade do SNS.

É preciso maior orçamento para a saúde, mas igualmente importante, é preciso alterar a forma como essa verba orçamental é aplicada, renumerando não só “processos”, mas sobretudo os ganhos em saúde obtidos – afinal aquilo para que o SNS existe.

Acresce ao exposto que, se até ao final de 2019, o SNS já apresentava muitas fragilidades, a pandemia de COVID-19 veio, não só, expor essas limitações e fragilidades como, inclusivamente, veio agravá-las.

Com toda a atividade que ficou por realizar – consultas, cirurgias, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, reabilitação – torna-se, no entender do CDS-PP, ainda mais importante encontrar mecanismos mais eficientes de gestão dos hospitais integrados no SNS.

Se não for feito, continuar-se-á a injectar verbas - muitas vezes suplementares - que não se vão traduzir em resultados. Resultados, esses, que se refletem nos utentes e também nos profissionais de saúde.

O SNS, sendo pago pelos contribuintes, tem de ser financiado eficientemente em função dos ganhos em saúde obtidos e não em função do número de atos produzidos. E precisa de fixar profissionais de saúde, porque os remunera e responsabiliza, e não porque os amarra a ficar.

E, se tudo isto já era verdade em 2019 – quando voltámos a insistir nesta matéria dando entrada no presente Projeto de Lei -, depois da pandemia tornou-se ainda mais evidente.

Parece-nos que este é um momento oportuno a que se olhe para o SNS com uma visão que vá para além de cada Orçamento do Estado, para além de cada injeção de capital para abatimento de dívidas vencidas, alterando o modelo de financiamento dos Hospitais.

O CDS-PP tem vindo a defender um modelo de financiamento em função dos resultados

de saúde obtidos – nesse sentido, apresentou o Projeto de Lei nº 998/XIII/4ª, que foi chumbado no Parlamento.

O CDS-PP mantém a sua visão sabendo que, para que tal seja possível, é essencial ter em conta a componente de gestão e a avaliação periódica dos resultados clínicos, por hospital, por serviço, por especialidade.

Os dados relativos às taxas de internamento, de duração desses internamentos, de medicamentos e tratamentos prescritos, de complicações subsequentes, de reinternamentos, os dados relativos às infeções hospitalares, às taxas de mortalidade, todos estes dados existem e têm gradualmente vindo a ser analisados do ponto de vista da qualidade clínica que é, indiscutivelmente, essencial. Mas falta analisá-los, interpretá-los e retirar-lhes as devidas consequências, também, do ponto de vista da gestão hospitalar e respetivo financiamento.

A título de exemplo, no hospital X um utente é internado e operado, esse internamento é superior em número de dias ao que é clinicamente recomendável e, por esse motivo, contrai uma infeção hospitalar com todas as consequências que daí advêm, tem de ficar ainda mais tempo internado para tratar a infeção, tem de ser ainda mais medicado e, provavelmente, pode vir a ter mais tarde uma recaída.

Ora, não nos faz sentido que esse hospital X tenha o mesmo financiamento que o hospital Y onde um utente é internado durante o tempo clinicamente recomendável, é operado, medicado, tem alta, se necessário tem acesso a cuidados domiciliários e, também se necessário, tem acesso a reabilitação em tempo útil, não tem complicações e a taxa de sucesso no tratamento do seu problema de saúde é de 100%. Na verdade, o hospital Y deveria ser recompensado financeiramente pela boa gestão que faz dos recursos e pelos bons resultados clínicos alcançados.

A adoção de um modelo de financiamento com base nos resultados passa, necessariamente, por um modelo de gestão onde estejam envolvidos vários profissionais de saúde, desde logo médicos, enfermeiros, farmacêuticos hospitalares, nutricionistas, psicólogos, mas, evidentemente também, gestores profissionais e decisores políticos.

E, tanto o prémio como a responsabilização pelos resultados alcançados, não podem ficar única e exclusivamente no âmbito dos Conselhos de Administração. Devem passar, também, pelas direções de serviços por serem elas que, na realidade, gerem internamente cada serviço de cada unidade.

Este modelo tem duas mais-valias que o CDS-PP muito preza: a meritocracia e a saudável

concorrência entre serviços e hospitais do SNS, numa busca constante pelos melhores cuidados de saúde que prestam aos utentes que ali acorrem. E estas duas mais-valias mais sentido fazem agora, que temos em vigor o Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes no SNS. Se o utente já tem – e bem - o direito a escolher livremente em que unidade de saúde do SNS quer ser tratado, é do mais elementar bom-senso proporcionar às unidades de saúde as condições necessárias para que possam acolher e tratar todos os utentes que ali recorrem, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade.

Mas isto nunca será possível sem uma adequada e rigorosa gestão interna dos seus serviços. Se recordarmos os números 3 e 4 da Base 22 da Lei de Bases da Saúde, *“a organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear-se em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa”* e *“o funcionamento dos estabelecimentos e serviços do SNS deve apoiar-se em instrumentos e técnicas de planeamento, gestão e avaliação que garantam que é retirado o maior proveito, socialmente útil, dos recursos públicos que lhe são alocados”*.

Neste sentido, o CDS-PP entende ser tempo de estabelecer métricas orientadoras de avaliação de qualidade e desempenho em todos os hospitais do SNS, que sejam periodicamente avaliadas e que os resultados dessas avaliações sejam obrigatoriamente considerados na atribuição de orçamentos adequados – a ser geridos com a autonomia correspondente ao grau de exigência da avaliação.

Existem já métricas de avaliação nacional e internacionalmente recomendadas, importa agora transpô-las e aplicá-las. Para isso, é determinante envolver a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Nutricionistas, a Ordem dos Psicólogos, as direções de serviços, os Conselhos de Administração e o Governo. A sensibilidade e especial relevância desta matéria obriga a um consenso entre todos.

E se parece haver um consenso alargado – como se tem visto publicamente – na constatação de que o SNS sofre de um subfinanciamento crónico, de que não há recursos humanos nem materiais suficientes; parece-nos possível um outro consenso sobre a necessidade de introduzir uma alteração profunda ao modelo de financiamento dos hospitais do SNS, por forma a que possam ser melhor geridos, sustentáveis e conformes com os padrões de qualidade do nosso tempo.

O alcance deste consenso dependerá do diálogo, da boa vontade de todos os intervenientes e da respetiva assunção de responsabilidades por parte de quem, com toda a dedicação, cuida da saúde dos portugueses.

O CDS-PP entende ser imprescindível dar este importante passo e proceder a uma alteração ao modelo de financiamento em saúde. A criação de um modelo de incentivos financeiros aos prestadores de cuidados de saúde do SNS, que dependa dos ganhos de saúde alcançados, é, em nosso entender, o mais acertado por ser o que, invariavelmente, se vai traduzir em valor acrescentado para o utente.

Na Saúde, o desafio dos próximos anos – dada a demografia, a inovação e os seus custos, entre outros fatores –, será o de garantir os melhores cuidados de saúde a tempo e horas para todos os cidadãos. Esta proposta é parte dessa resposta que, cremos, passará também por uma nova conceção do sistema de saúde como um todo.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do CDS-PP abaixo-assinados apresentam o seguinte Projeto de Lei:

Artigo 1º Objeto

A presente lei determina o modelo de financiamento dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 2º Financiamento com base nos resultados

1 - O financiamento dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde é baseado nos resultados alcançados por cada uma das unidades.

2 – Os resultados alcançados a que se refere o número anterior são medidos e avaliados periodicamente pelos gestores hospitalares, com base em métricas orientadoras de avaliação de qualidade e desempenho, a introduzir em todos os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde.

3 – A avaliação dos resultados alcançados em cada hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde é traduzida num Relatório de Desempenho e Qualidade a enviar trimestralmente, pelo respetivo Conselho de Administração, ao membro do Governo responsável pela área da Saúde.

4 – O membro do Governo responsável pela área da Saúde nomeia uma Equipa de Avaliação dos Relatórios de Desempenho e Qualidade referidos no número anterior, a quem compete avaliar os dados recebidos e elaborar um Quadro Anual de Desempenho e Qualidade dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde.

5 – O Quadro Anual de Desempenho e Qualidade dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde é enviado ao membro do Governo responsável pela área da Saúde no primeiro dia útil do mês de setembro de cada ano e, após ratificação do membro do Governo responsável pela área da Saúde, é publicado no portal oficial do Serviço Nacional de Saúde.

6 – O orçamento anual a atribuir pelo Governo a cada hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde é determinado pelos resultados de desempenho e qualidade fixados no Quadro Anual de Desempenho e Qualidade dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde.

7 – Os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde com melhores índices anuais de desempenho e qualidade são beneficiados no Orçamento do Estado subsequente, com uma majoração no seu orçamento.

8 – Os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde com piores índices anuais de desempenho e qualidade sofrerão penalizações no Orçamento do Estado subsequente.

9 – As direções clínicas e os Conselhos de Administração dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde com piores índices anuais de desempenho e qualidade são obrigados a justificar, por escrito, ao membro do Governo responsável pela área da Saúde, no prazo de 15 dias após a publicação Quadro Anual de Desempenho e Qualidade, os motivos que estão na origem dos maus resultados alcançados.

10 – Se o membro do Governo responsável pela área da Saúde entender a justificação prevista no número anterior plausível e devidamente fundamentada, o hospital em causa poderá não ser sujeito a penalizações, conforme previsto no nº 8 do presente artigo, desde que cumpra o disposto no número seguinte.

11 – Os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde com piores índices anuais de desempenho e qualidade poderão receber, por parte da tutela, apoio técnico para melhoria dos seus índices anuais de Desempenho e Qualidade.

Artigo 3º

Operacionalização

1 – As métricas orientadoras de avaliação de qualidade e desempenho referidas no número 2 do artigo anterior são definidas por um grupo de trabalho constituído pelo membro do Governo responsável pela área da Saúde, no prazo de 30 dias após a publicação da presente lei.

2 – Do grupo de trabalho referido no número anterior fazem parte, obrigatoriamente, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Nutricionistas, a Ordem dos Psicólogos, representantes das direções de serviços dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde e representantes dos respetivos Conselhos de Administração, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, a Direção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e representantes do gabinete do Ministro que tutela a área da Saúde, por si indicados.

3 – Para além das entidades referidas no número anterior, podem, ainda, integrar o grupo trabalho referido no número 1 do presente artigo outras entidades que o membro do Governo responsável pela área da Saúde considere pertinente.

4 – Das métricas orientadoras de avaliação de qualidade e desempenho a definir pelo grupo de trabalho determinado no número 1 do presente artigo, fazem obrigatoriamente parte, para além de outros entendidos por pertinentes, os seguintes indicadores:

- a) Cumprimento dos horários de trabalho dos profissionais dos hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde;
- b) Nível de qualidade clínica, desempenho e eficiência do trabalho médico, de enfermagem, dos farmacêuticos hospitalares, dos psicólogos e dos nutricionistas;
- c) Taxa média de médicos e enfermeiros em cada serviço;
- d) Taxa média de escalas de serviço completas;
- e) Taxa média de horas extraordinárias realizadas;
- f) Taxa média de recurso a profissionais externos prestadores de serviços;
- g) Taxa média de custos por recurso a profissionais externos prestadores de serviços;
- h) Taxas de consultas de especialidade realizadas;
- i) Taxas de consultas de especialidade realizadas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;
- j) Taxas de cirurgias realizadas;
- k) Taxas de cirurgias realizadas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

- l) Taxas de cirurgias realizadas ao abrigo do SIGIC;
- m) Taxas de complicações cirúrgicas;
- n) Taxas de infeções hospitalares;
- o) Taxas de internamentos;
- p) Taxas de duração média dos internamentos;
- q) Taxas de reinternamentos;
- r) Taxas de mortalidade;
- s) Taxas da média de idades dos utentes admitidos;
- t) Taxas de medicamentos prescritos;
- u) Taxas de tratamentos prescritos;
- v) Taxas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos;
- w) Taxas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;
- x) Taxas de utentes admitidos ao abrigo do Livre Acesso e Circulação dos utentes no Serviço Nacional de Saúde;
- y) Taxas de urgências;
- z) Taxas de falsas urgências;
- aa) Taxas de utentes com doença crónica;
- bb) Taxas de disponibilização de cuidados domiciliários por parte das Unidades de Cuidados de Saúde Primários da área de residência do utente.

Artigo 4º
Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com o Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

Palácio de São Bento, 09 de Dezembro de 2019.

Os Deputados do Grupo Parlamentar do CDS-PP,

Cecília Meireles,
Ana Rita Bessa,
Assunção Cristas,
João Pinho de Almeida,
Telmo Correia