



O Setor da Saúde:

Da Racionalização à Excelência

Estudo realizado a pedido do:



Health Cluster Portugal

Pólo de Competitividade da Saúde

O Setor da Saúde:

Da Racionalização à Excelência

RELATÓRIO COMPLETO

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*

CONTEÚDO

Prefácio	5
Sumário Executivo	11
01 / Introdução	15
02 / A Cadeia de Valor da Saúde em Portugal – Factos e Números	19
A. Análise Quantitativa do Setor da Saúde em Portugal	19
B. Repartição por Subsetores	23
03 / Medidas de Apoio ao Crescimento do Setor	30
Medida I - Desenvolvimento de Projetos de Parcerias para a Inovação Especializados (3PIE)	32
A. Descrição da Medida	32
B. Fatores Críticos de Sucesso	34
C. Problemas que Procura Resolver	35
D. Suporte Teórico	37
E. Exemplos Internacionais	41
F. Requisitos para a sua Implementação	42
G. Impacto Previsto	45
H. Plano de Ação	46
I. Ações a Desenvolver	47
Medida II - Liberdade de Escolha e Concorrência	49
A. Descrição da Medida	49
B. Problemas que Procura Resolver	50
C. Suporte Teórico	50
D. Exemplos Internacionais	51
E. Requisitos para a sua Implementação	54
F. Impacto Previsto	57
G. Plano de Ação	58

H. Ações a Desenvolver	58
I. Potenciais Desenvolvimentos Futuros.....	59
Medida III - Alteração dos Mecanismos de Pagamento aos Prestadores de Cuidados de Saúde.....	63
A. Descrição da Medida	63
B. Problemas que Procura Resolver.....	64
C. Suporte Teórico	65
D. Exemplos Internacionais.....	74
E. Requisitos para a sua Implementação	77
F. Impacto Previsto	79
G. Plano de Ação.....	80
H. Ações a Desenvolver	81
Medida IV - Promover a Excelência da Informação, dos Processos e das Terapêuticas.....	82
A. Descrição de Medida	82
B. Problemas que Procura Resolver.....	83
C. Suporte Teórico	86
D. Exemplos Internacionais.....	92
E. Requisitos para a sua Implementação	94
F. Impacto Previsto	95
G. Plano de Ação.....	97
Medida V – Dinamização do Reconhecimento Internacional do Setor da Saúde.....	99
A. Descrição da Medida	99
B. Problemas que Procura Resolver.....	100
C. Suporte Teórico	101
D. Exemplos Internacionais.....	103
E. Requisitos para a Implementação	106
F. Plano de Ação.....	113
G. Ações a Desenvolver	114
04 / Considerações Finais.....	115

05 / Bibliografia	116
ANEXO I - Caraterização da Cadeia de Valor.....	124
A. Avaliação Integrada	125
B. O Contributo de Cada Elo.....	127
ANEXO II – Análise SWOT.....	134
A. Entrevistas	134
B. Inquérito	136
C. Resultados da Análise SWOT	140
D. Pontos Fortes.....	140
E. Pontos Fracos.....	143
F. Oportunidades	145
G. Ameaças	151
Anexo Metodológico	153
A. Objetivo	153
B. Pressupostos	153
C. Fontes de Informação.....	155
D. Metodologia.....	155
E. Relações Inter e Intrasetoriais da Cadeia de Valor	157
F. Caraterização da Estrutura de Mercado da Saúde	158
Anexo Quantitativo	160

GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de Crescimento Real do PIB.....	20
Gráfico 2: Evolução da Taxa de Desemprego e do Défice Público entre 2003 e 2011	20
Gráfico 3: Evolução do Volume de Negócios do Setor da Saúde.....	21
Gráfico 4: Evolução do Valor Acrescentado Bruto do Setor da Saúde	21
Gráfico 5: Evolução da Taxa de Natalidade das Sociedades	22
Gráfico 6: Evolução da Taxa de Mortalidade das Sociedades.....	23
Gráfico 7: Evolução do Volume de Negócios por Subsetor	24
Gráfico 8: Evolução do Valor Acrescentado por Subsetor	24
Gráfico 9: Evolução do Número de Empresas por Subsetor	25
Gráfico 10: Número de Pessoas Empregues	26
Gráfico 11: Distribuição Percentual das Empresas por Dimensão	27
Gráfico 12: Distribuição do Volume de Negócios dos Produtores por Dimensão de Empresa	28
Gráfico 13: Distribuição do Volume de Negócios dos Distribuidores por Dimensão de Empresa	29
Gráfico 14: Distribuição do Volume de Negócios dos Prestadores por Dimensão de Empresa	29
Gráfico 15: Áreas e Medidas de Intervenção com Maior Pontuação	30
Gráfico 16: Necessidades de Armazenamento da Informação	95
Gráfico 17: Pontos Fortes com Maior Pontuação.....	140
Gráfico 18: Despesas em I&D em % do PIB	141
Gráfico 19 : Número de Publicações	142
Gráfico 20: Pontos Fracos com Maior Pontuação.....	143
Gráfico 21: Oportunidades com Maior Pontuação	145
Gráfico 22: Crescimento das Exportações no Setor da Saúde entre 2010 e 2011 – Grandes Mercados..	145
Gráfico 23: Crescimento das Exportações no Setor da Saúde entre 2010 e 2011 – Principais Produtos .	146
Gráfico 24: Realização de Ensaios Clínicos a Nível Mundial.....	147
Gráfico 25: Realização de Ensaios Clínicos a Nível Europeu.....	148
Gráfico 26: Ameaças com Maior Pontuação	151
Gráfico 27: Dívidas e Prazos Médios de Pagamento dos Hospitais à Indústria Farmacêutica	151

SUMÁRIO EXECUTIVO

- / A incapacidade das democracias ocidentais, particularmente as europeias, de acomodarem nas suas contas públicas o crescimento das despesas em cuidados de saúde viu-se agravada pela crise económico-financeira de 2007 e pelo seu impacto no PIB potencial. Apesar do crescimento desses gastos também ter sido acompanhado por ganhos em saúde e qualidade de vida, a realidade é que a dinâmica da economia não permite financiar sustentadamente a trajetória de evolução da despesa.
- / Perante esta realidade, a generalidade dos governos optou por concentrar esforços na tentativa de controlar a despesa, negligenciando a importância das ciências da saúde enquanto gerador de valor, emprego e progresso tecnológico. A procura da sustentabilidade dos sistemas de saúde passa pelo reforço da excelência do setor e da sua competitividade nacional e internacional. Poucos setores terão a mesma capacidade de incorporar conhecimento e tecnologia, de gerar riqueza e de criar emprego.
- / O setor da saúde necessita de reduzir ineficiências e gastos desnecessários, mas também de aumentar o investimento produtivo e inovador, suscetível de produzir bens e serviços que sejam adotados pelos sistemas de saúde mais exigentes. A avaliação da cadeia de valor demonstra que, por um lado, o setor tem tido uma evolução superior à da economia como um todo, mas que, por outro, os elos da produção e da investigação, os que mais poderiam gerar vantagens competitivas sustentadas, são os que menos peso têm em todo o setor.
- / A discussão com um conjunto selecionado de agentes representativos do setor permitiu identificar a qualidade dos recursos humanos e o *know-how* acumulado como os principais pontos fortes do setor em Portugal, enquanto a instabilidade regulamentar, o excessivo peso do Estado e a falta de articulação entre os diferentes atores constituem as debilidades mais significativas.
- / Este relatório, elaborado pela Porto Business School para o Health Cluster Portugal, sugere cinco medidas suscetíveis de reforçarem a competitividade de toda a cadeia de valor do setor, contribuindo para a excelência de uma área crucial para a dinâmica de crescimento da economia como um todo. Estas medidas foram pensadas de forma a não colocarem em causa a qualidade dos cuidados prestados e do acesso aos mesmos.
- / A primeira medida propõe a criação de uma rede de colaboração que agrupa empresas, universidades e entidades públicas em torno de três ou quatro projetos de desenvolvimento em áreas especializadas. Esta seleção permitiria reorganizar e concentrar os recursos disponíveis, humanos e financeiros, potenciando a integração, cooperação e coordenação entre as diferentes entidades da cadeia de valor.

- / A utilização mais eficiente dos recursos de investigação existentes e a sua orientação para a colaboração com as empresas aumentará a capacidade de inovação do setor e contribuirá para colocar as empresas portuguesas na primeira linha da saúde mundial nos nichos selecionados, e dessa forma, atrair doentes no exterior para os hospitais portugueses, financiamento para a indústria portuguesa, investimento direto estrangeiro e recursos humanos qualificados para a investigação e restante cadeia de valor.
- / A segunda medida consiste no alargamento do princípio da liberdade de escolha por parte do utente e na promoção do aumento da concorrência entre os prestadores.
- / Porque estão, pelo menos parcialmente, imunes ao custo, os utentes tendem a consumir mais cuidados médicos do que aqueles que seriam necessários, seja por opção própria ou por indução dos prestadores. O aumento da possibilidade de escolha permitirá aos doentes um serviço mais personalizado e, nos casos em que existe partilha de custos, torná-los-á mais sensíveis a diferenças de preços e de qualidade, para além de lhes dar maior poder na relação com os outros atores, aumentando o seu nível de bem-estar e o benefício inerente à recolha de informação sobre as diferentes alternativas existentes.
- / Ao eliminar os prestadores menos eficientes, consegue-se induzir um comportamento de procura permanente de melhorias e de inovação nos processos que conduzam a uma diminuição de custo sem comprometer a qualidade. O aumento da pressão competitiva resultará numa mais eficiente afetação de recursos.
- / A necessidade de se definirem centros de elevada diferenciação, nomeadamente no que diz respeito a patologias onde o grau de complexidade do tratamento é maior, não deve ser colocada em causa pela liberdade de escolha. O que se propõe é que a liberdade de escolha seja generalizada para certos tipos de serviços, tais como consultas de especialidade, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, intervenções cirúrgicas mais frequentes, mas que se concentrem os serviços de maior intensidade tecnológica e onde a escala mínima para atingir um nível de qualidade essencial é mais elevada.
- / A terceira medida pressupõe, primeiro, 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 (MCDT) 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.
- / Uma das principais fontes potenciais de aumento da eficiência nos cuidados primários é a reorganização das funções das várias classes profissionais, assegurando que os profissionais melhor remunerados concentram a sua atividade nas funções de maior valor acrescentado. 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.

- / 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, incentivar o prestador a fazer uma gestão mais integrada do estado de saúde do utente, seleccionando os serviços com potencial para acrescentar mais valor por euro despendido, promover uma maior ênfase na prevenção e na gestão integrada da saúde, desburocratizar o processo de registo dos episódios de utilização de cuidados médicos e do seu custo, promover a inovação e a diferenciação pela qualidade, tornar as unidades de prestação de cuidados primários potenciais “*living labs*” que agregam os esforços de criatividade dos diferentes agentes da cadeia de valor.
- / A quarta medida consiste na promoção da qualidade da informação e da standardização de processos e procedimentos. Esta medida tem impacto transversal a toda a cadeia de valor e é condição necessária para o sucesso das restantes medidas apresentadas.
- / 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*. Assim será possível encontrar ganhos reais, tais como melhores *outcomes* com custos mais baixos (menos hospitalizações com estadias mais curtas).
- / 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*, particularmente no tratamento de doenças crónicas, e evitando a duplicação e 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.
- / 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 que se revelem necessários, na medida em que a sua concretização se revele exequível.
- / A Diretiva Europeia 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu irá abrir a porta à livre circulação de pacientes dentro do mercado europeu, possibilitando uma procura mais alargada pela melhor relação custo/benefício. Esta Diretiva pode funcionar como um estímulo para que se aposte na promoção de Portugal, dos seus produtos e serviços de saúde, atraindo-se utentes, investigadores, investidores. Para tal, é necessário que se identifique onde está a

procura, que tipo de produtos Portugal deve oferecer, que requisitos deve satisfazer e executar articuladamente a estratégia definida.

- / Um pilar indispensável para a concretização deste propósito é a capacidade do nosso sistema de saúde e as entidades que o integram terem indicadores e sistemas de auditoria que permitam a comparação com padrões internacionais. Só a produção e publicitação de estatísticas centradas em resultados e não em processos, e de indicadores de desempenho fiáveis podem melhorar e facilitar os processos de decisão dos agentes que procuram internacionalmente serviços de saúde.
- / O primeiro fator crítico de sucesso do turismo de saúde é a necessidade de convencer os consumidores da qualidade do serviço prestado. A certificação de qualidade ou acreditação por entidades internacionais reconhecidas é um passo indispensável para conferir credibilidade e confiança à unidade de saúde avaliada.
- / O objetivo último de todas estas medidas é criar condições para um maior reconhecimento internacional de Portugal como país detentor de centros de investigação, de produção de dispositivos médicos e de produtos farmacêuticos, de diagnóstico e de tratamento de elevada qualidade, criando um núcleo de competências e recursos internacionalmente competitivos.
- / Não sendo o conjunto de medidas que aqui se propõe exaustivo ou a panaceia para todos os problemas que o setor enfrenta, tem a potencialidade de reformar o sistema de saúde e de lançar as bases para que Portugal possa ter um setor das ciências da saúde moderno, competitivo, inovador, gerador de emprego e de valor acrescentado.
- / Refira-se, por fim, que há todo um conjunto de medidas necessárias para garantir um ambiente mais propício ao investimento privado de que o setor também beneficiaria, nomeadamente uma muito maior estabilidade regulamentar, a diminuição da carga fiscal e o acesso a financiamento menos oneroso.

01 / INTRODUÇÃO

A problemática do crescimento das despesas com a prestação de cuidados de saúde não é recente. Há décadas que as despesas em saúde crescem de forma sustentada, o que tem merecido a análise de académicos, decisores políticos, prestadores e utentes, que procuram perceber as determinantes dessa tendência e as medidas que podem atenuar o seu ritmo. A generalidade dos estudos indicia que alterações demográficas, o alargamento da cobertura de seguro, o aumento dos níveis de rendimento e o padrão de inovação tecnológica têm sido as principais causas para que as sociedades desenvolvidas dediquem uma maior percentagem da riqueza criada a financiar gastos em cuidados de saúde. Refira-se, no entanto, que essa evolução tem sido acompanhada por significativos acréscimos de longevidade e qualidade de vida, pelo que os gastos efetuados, nomeadamente em inovação tecnológica, têm produzido um ganho líquido para a sociedade.

A crise económica e financeira que eclodiu, em 2007, pôs em causa a dinâmica de crescimento das economias desenvolvidas e tornou evidente a incapacidade das democracias ocidentais, em particular as Europeias, de cumprir as obrigações que decorrem do modelo social adotado após a segunda guerra mundial. A questão deixou de ser apenas a dificuldade em suportar o ritmo de evolução das despesas em saúde, mas também o reconhecimento da incapacidade de garantir a qualidade e equidade no acesso à saúde sem mudanças profundas. Por outro lado, a situação revela-se ainda mais preocupante quando o agravamento da situação económica e social poderá ter como consequência um declínio do estado de saúde da população.

A gravidade da crise económica terá forçado a generalidade dos governos a optar pela redução da pressão sobre o erário público através do corte administrativo de preços pagos pelos bens e serviços de saúde adquiridos e pela imposição de limitações ao acesso a cuidados de saúde. No curto prazo, tais medidas podem facilitar a redução da despesa pública em saúde e ter um impacto negligenciável sobre a economia como um todo, particularmente se incidirem sobre subsectores em que o grau de concentração no mercado é excessivo. No médio e longo prazo, no entanto, conduzem à diminuição do número de empresas no setor, a uma tentativa de indução da procura por parte dos prescritores, a um menor investimento em inovação e na capacidade de produção, numa menor procura e desenvolvimento de novas tecnologias e, finalmente, numa deterioração da qualidade dos serviços prestados.

Independentemente da pressão crescente para uma diminuição dos gastos em saúde, as ciências da saúde serão sempre um dos setores mais dinâmicos da economia, dos que incorporarão maior conhecimento, tecnologia, valor acrescentado e maior capacidade de criar emprego. Refira-se, a título de

exemplo, que Singapura cresceu em média 4,7% ao ano, entre 2007 e 2012, anos de crise económica mundial, graças, em grande parte, à dinâmica do seu setor de ciências de saúde.

O setor da saúde português necessita de reduzir ineficiências e gastos desnecessários, mas também de aumentar o investimento produtivo e inovador, suscetível de produzir bens e serviços que sejam adotados pelos sistemas de saúde mais exigentes.

O objetivo deste relatório, elaborado pela Porto Business School para o Health Cluster Portugal, é sugerir soluções que compatibilizem a necessidade de garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde português com o propósito de desenvolvimento de um setor da saúde em toda a sua dimensão que seja competitivo a nível nacional e internacional, gerando riqueza e emprego.

Nesse sentido, perante o diagnóstico efetuado e as opiniões recolhidas, sugerem-se medidas suscetíveis de compatibilizar estes dois desideratos. Assim, foram identificados três pilares em torno dos quais propomos que se estruture todo o setor: criação de *subclusters* em que se deve concentrar o esforço de internacionalização do setor; reforço da liberdade de escolha e da concorrência entre prestadores; maior correlação entre a remuneração dos diferentes agentes e os seus resultados. Ao mesmo tempo, defende-se uma medida transversal a todo o setor, que consiste na melhoria da qualidade da informação e na definição de *standards* e de melhores práticas que possam ser generalizados a todos os agentes. Por fim, e como corolário deste processo, o reforço da natureza transacionável do setor, em particular através de uma aposta consistente no turismo de saúde.

A primeira medida propõe a criação de redes de colaboração em torno de projetos de desenvolvimento em nichos de mercado diferenciados, permitindo que Portugal possa ser reconhecido internacionalmente como um país que se distingue por possuir centros de investigação, diagnóstico e tratamento de elevada qualidade. 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 possa estabelecer 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. O montante financeiro atribuído é calculado de acordo com o que se estima ser o nível de cuidados primários necessários, sendo depois 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 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, da adesão a *guidelines*, que poderão ainda ter como saudável consequência a diminuição do erro na prática médica, 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.

O conjunto de medidas que aqui se propõe não é exaustivo, nem pretende ser a panaceia para todos os problemas que o setor enfrenta. Têm, contudo, a potencialidade de reformar o sistema de saúde, ao mesmo tempo que lançam as bases para que Portugal possa ter empresas inovadoras, geradoras de emprego e de valor acrescentado.

Refira-se, também, que o setor beneficiaria da implementação de medidas suscetíveis de melhorar o ambiente de negócios em Portugal. Em particular, destaque-se a necessidade de se diminuir a instabilidade legislativa, que afeta a Saúde com particular acuidade, de se melhorar as condições de acesso a financiamento, de redução dos tempos médios de pagamento e da carga fiscal.

Numa altura em que o relançamento do crescimento económico se torna cada vez mais crucial para o futuro do país, só com o total aproveitamento de todas as sinergias e com o surgimento de novas competências pode Portugal ambicionar construir um sistema de saúde de alta *performance* que combine racionalidade com excelência. Quando se estima que o setor da saúde tenda a ser um dos setores mais representativo no Produto Interno Bruto (PIB) dos países desenvolvidos, negligenciar o fomento de condições para a geração sustentada de valor na saúde será condenar o próprio desenvolvimento de Portugal.

02 / A CADEIA DE VALOR DA SAÚDE EM PORTUGAL – FACTOS E NÚMEROS

Compreender a cadeia de valor do setor da saúde implica avaliar os seus diferentes elos, desde a investigação até à prestação de cuidados. Para além da visão agregada, as especificidades do setor da saúde, nomeadamente o elevado ritmo de inovação e a forte presença do Estado, obrigam a um estudo próprio do contributo de cada elo para o sistema, dos entraves que enfrentam, das suas forças e fraquezas e dos fatores de competitividade mais sustentados.

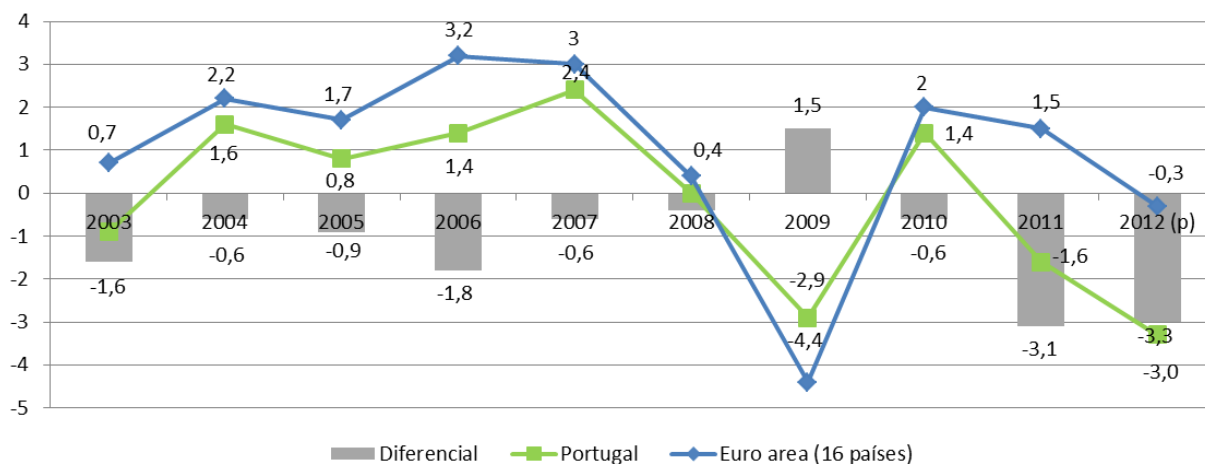
A. Análise Quantitativa do Setor da Saúde em Portugal

A análise quantitativa do setor da saúde tem sido focalizada quase exclusivamente na percentagem de despesa em função do Produto Interno Bruto (PIB) e na evolução das suas diferentes componentes ao longo do tempo. Perceber qual a percentagem da riqueza criada que se destina a financiar cuidados de saúde é relevante para se avaliar a capacidade de um país manter o acesso e garantir a sustentabilidade do setor. No entanto, pouco diz sobre o valor gerado por esses cuidados em termos de ganhos de saúde, riqueza produzida, emprego criado, ou inovação desenvolvida.

Esta seção descreve quantitativamente o setor e o valor económico que gera como um todo, mas também através de cada um dos seus subsectores. Esta avaliação permite ainda caracterizar a evolução ao longo dos últimos anos, nomeadamente em contraponto à da economia como um todo. Saliente-se que esta análise não se foca nos ganhos de saúde e no valor que lhe está intrínseco, mas no valor económico inerente às transações que se realizam no seu interior.

Para este fim, recorreu-se à análise de um conjunto de indicadores relevantes, como o volume de negócios, o valor acrescentado bruto, o número de empresas, a taxa de natalidade e mortalidade de sociedades e o número de pessoas que trabalham no setor. A economia portuguesa tem-se caracterizado por um prolongado abrandamento da sua atividade económica e da criação de valor e pelo acréscimo na divergência com a UE, que tem mais de uma década. Esta divergência foi somente interrompida no ano de 2009, quando a economia portuguesa teve um desempenho menos mau (caiu 2,7%) do que a união monetária no seu todo (-4,1%). O Gráfico 1 mostra esta evolução de Portugal e da zona Euro, colocando em evidência os respetivos diferenciais negativos.

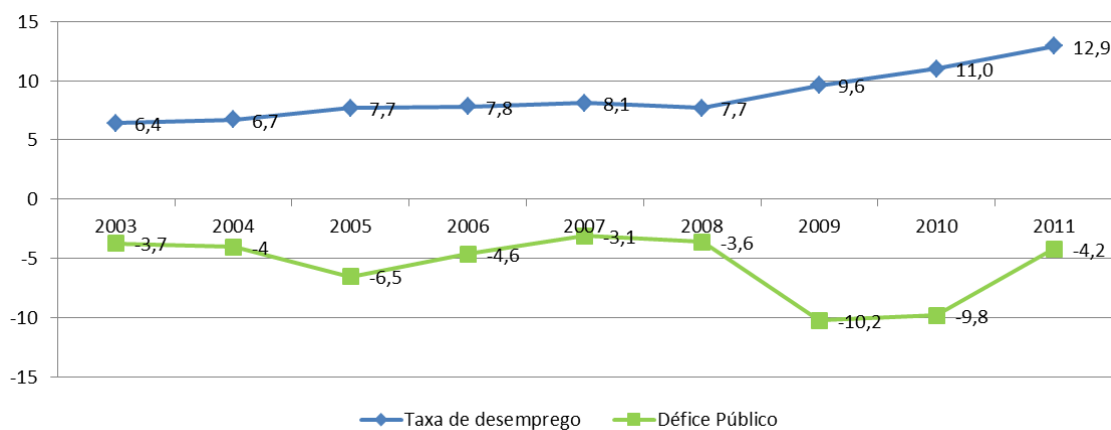
Gráfico 1: Taxa de Crescimento Real do PIB



Fonte: Eurostat. Dados retirados a 4 de setembro de 2012

Os indicadores macroeconómicos refletem, de forma sintomática, esta situação de abrandamento da atividade económica em Portugal. O PIB teve um crescimento médio de 0,24%, entre 2003 e 2011, e a taxa de desemprego passou de 6,4%, em 2003, para 12,9%, em 2011 (Gráfico 2).

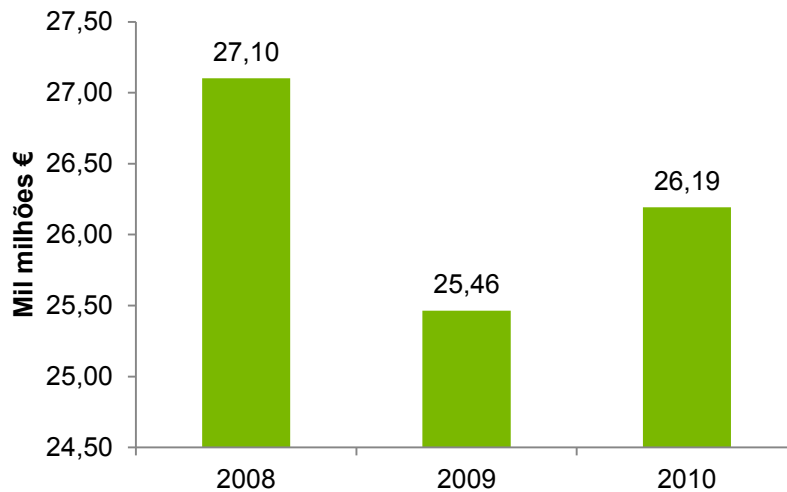
Gráfico 2: Evolução da Taxa de Desemprego e do Défice Público entre 2003 e 2011



Fonte: Eurostat. Dados retirados a 4 de setembro de 2012

A evolução do setor da saúde em Portugal não mimetizou esta tendência. Em 2010, o setor da saúde representava um volume de negócios (VN) de cerca de 26,2 mil milhões de euros, ou seja, próximo de 15,2% do PIB, que ascendeu, nesse ano, a 172,67 mil milhões de euros (Gráfico 3).

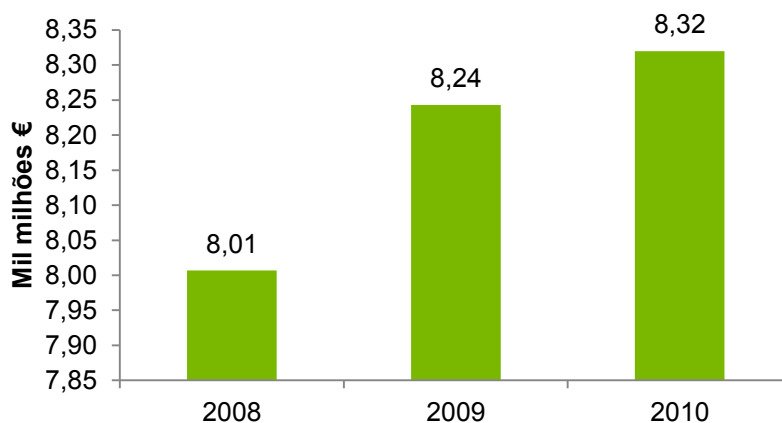
Gráfico 3: Evolução do Volume de Negócios do Setor da Saúde



Fonte: Elaboração própria (consultar anexo metodológico)

Em 2010, o valor acrescentado bruto (VAB) do setor da saúde, ou seja, o seu contributo para o rendimento gerado no país, representou cerca de 31,8% do VN, ou seja, um montante aproximado de 8,32 mil milhões de euros (Gráfico 4), equivalente a 4,8% do PIB. Comparando com o valor de 2008, constata-se que o crescimento anual composto do VAB do setor foi de 1,9%, valor muito superior ao crescimento observado na economia portuguesa nesse período (diminuição de 0,8% ao ano, em média).

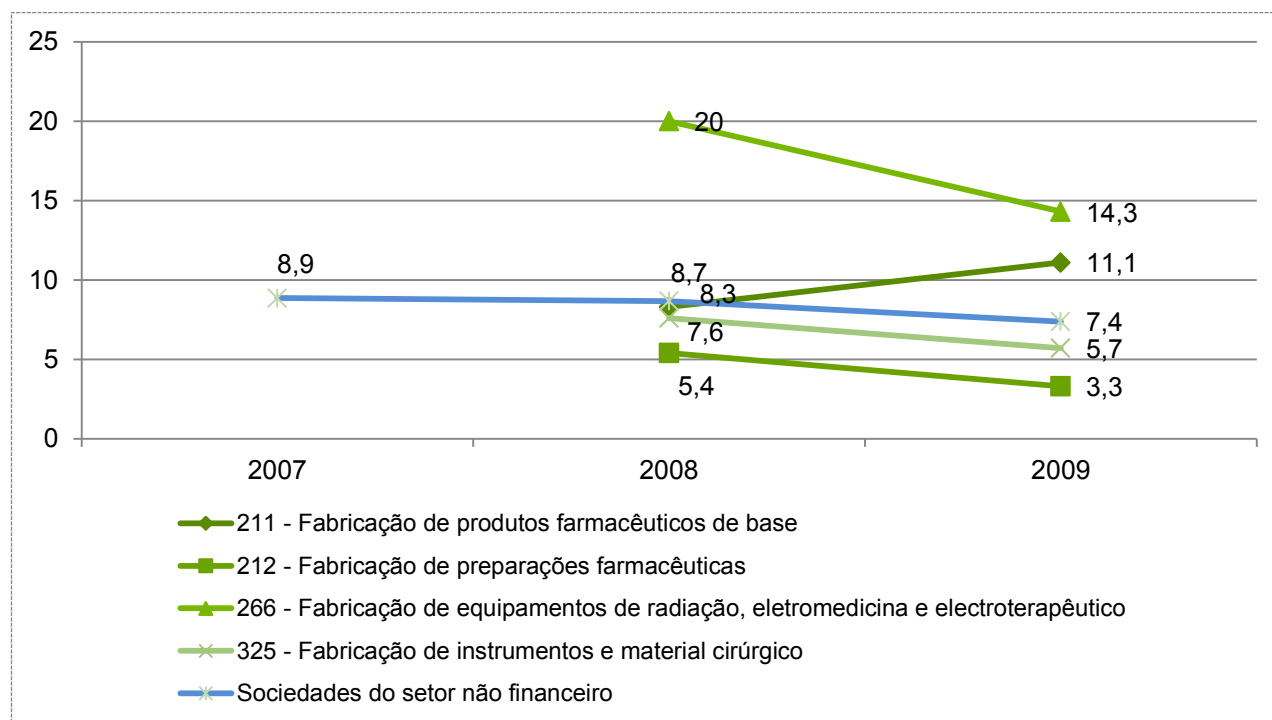
Gráfico 4: Evolução do Valor Acrescentado Bruto do Setor da Saúde



Fonte: Elaboração própria (consultar anexo metodológico)

O setor da saúde é caracterizado por um grande número de empresas e pessoas empregues. Em 2007, estavam registadas, em Portugal, 15.117 empresas com atividades relacionadas com o setor. Em 2010, esse número subiu para 19.032, o que tem implícito um crescimento líquido de perto de 8% ao ano. Comparando as taxas de natalidade e de mortalidade das sociedades do setor não financeiro (em Portugal) com as que são conhecidas para alguns setores de atividade do setor da saúde¹, verifica-se que estas últimas foram, de um modo geral, inferiores às da economia como um todo, o que revela uma maior capacidade do setor da saúde em resistir ao início da crise que se enfrenta desde 2008, e que as taxas de natalidade em alguns subsectores são superiores às da economia em geral, o que sugere que tais subsectores estão em franca expansão (Gráficos 5 e 6).

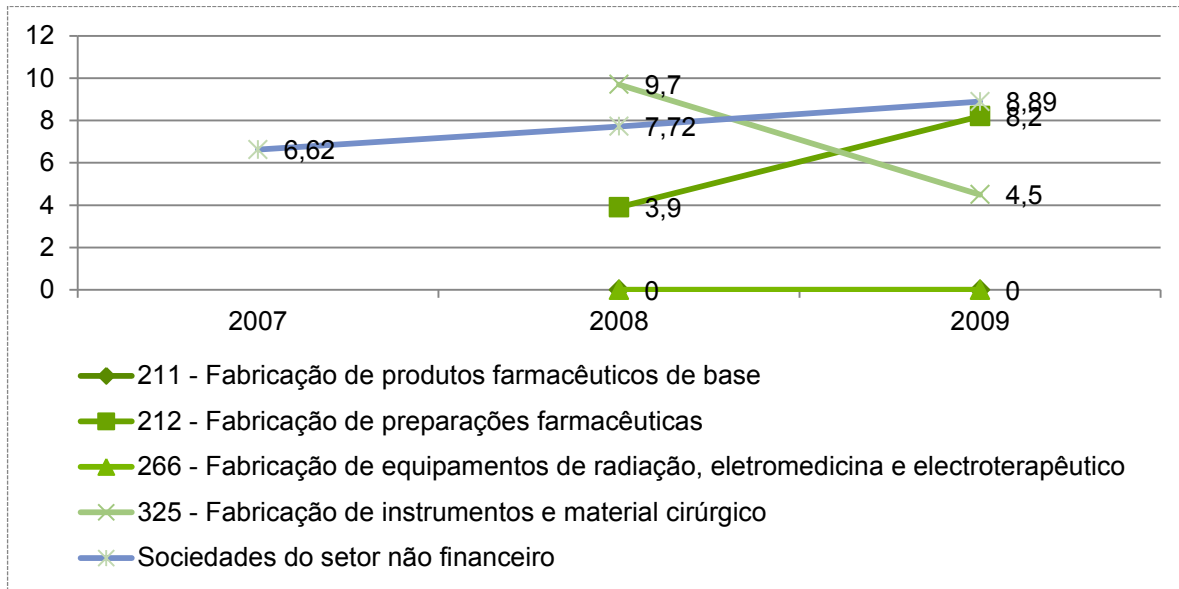
Gráfico 5: Evolução da Taxa de Natalidade das Sociedades



Fonte: Elaboração própria com base nas Estatísticas de Bolso do Gabinete de Estratégia e Estudos do Ministério da Economia e do Emprego e em INE, 2012, p.10.

¹ Os dados disponibilizados pelo Gabinete de Estratégia e Estudos do Ministério da Economia e do Emprego, nas Estatísticas de Bolso, só permitem obter as taxas de natalidade e de mortalidade para estas classificações de atividade económica.

Gráfico 6: Evolução da Taxa de Mortalidade das Sociedades

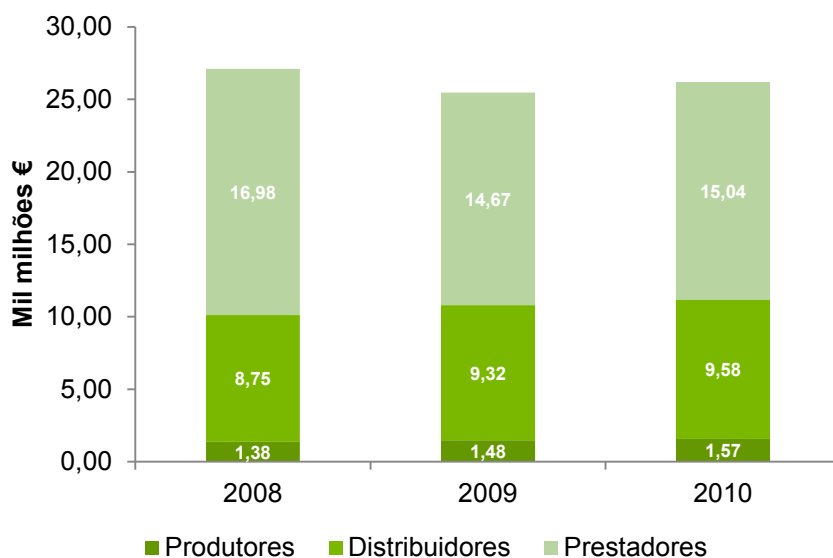


Fonte: Elaboração própria com base nas Estatísticas de Bolso do Gabinete de Estratégia e Estudos do Ministério da Economia e do Emprego e em INE, 2012, p.10.

B. Repartição por Subsetores

Para o propósito de se perceber melhor a repartição destes indicadores por área de intervenção, o setor da saúde foi dividido em três grandes subsectores - produtores, distribuidores e prestadores. Os Gráficos 7 e 8 mostram a forma como os valores absolutos do VN e VAB do setor da saúde se repartem pelos três subsectores identificados.

Gráfico 7: Evolução do Volume de Negócios por Subsetor



Fonte: Elaboração própria com base em dados da Central de Balanços – Banco de Portugal

Gráfico 8: Evolução do Valor Acrescentado por Subsetor

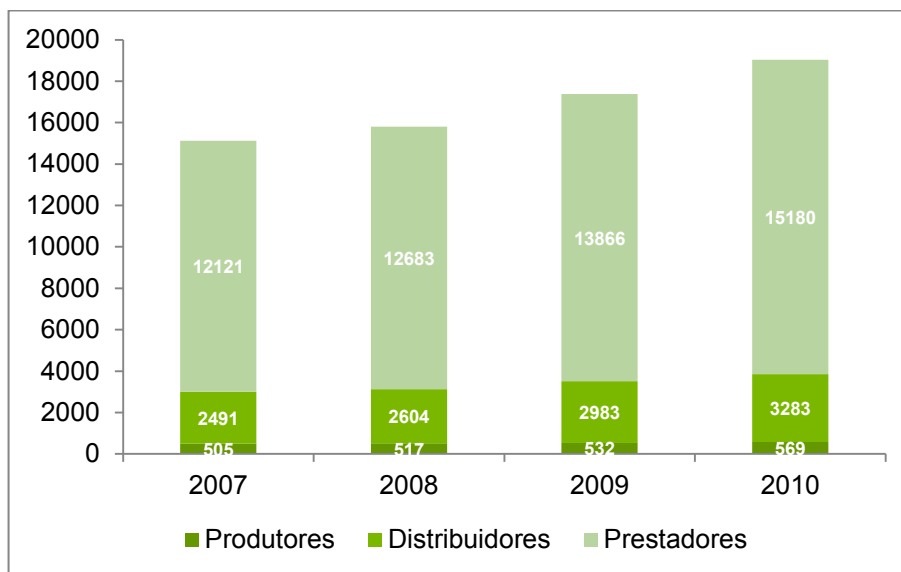


Fonte: Elaboração própria (consultar anexo metodológico)

Conforme se pode constatar no primeiro gráfico, a grande fatia do volume de negócio do setor da saúde resulta da atividade dos prestadores. Em 2010, cerca de 57,4% do volume de negócios foi obtido pelos prestadores, 36,6% pelos distribuidores, sendo os restantes 6% provenientes dos produtores.

No entanto, ao analisar a distribuição do VAB da saúde pelos mesmos três subsectores verifica-se que a prestação tem uma importância ainda maior, representando cerca de 75% do total no ano de 2010. A distribuição de medicamentos e dispositivos médicos representa 19% e os produtores 6%.

Gráfico 9: Evolução do Número de Empresas por Subsetor

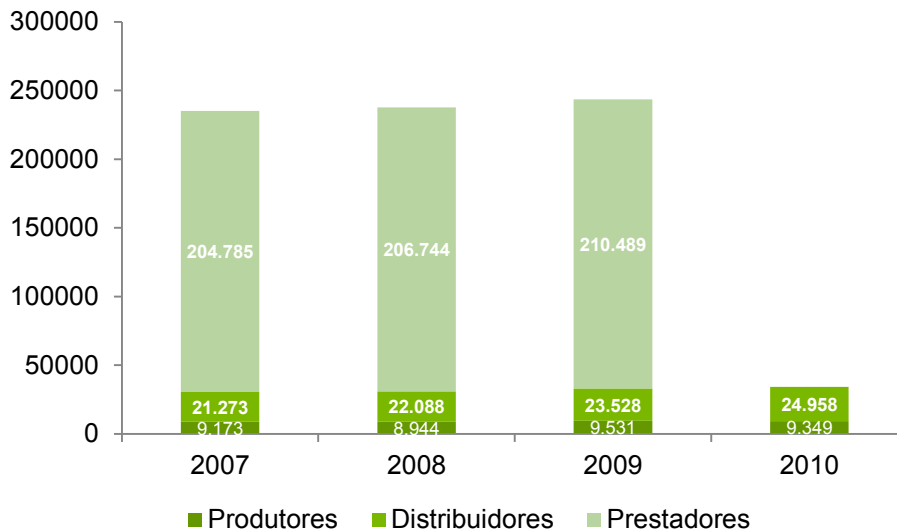


Fonte: Elaboração própria com base em dados da Central de Balanços – Banco de Portugal

Quanto ao número de empresas, a prestação representa o grosso do sector da saúde, que incluía cerca de 19000 empresas em 2010 (Gráfico 9). Como um todo, o sector da saúde tem sido caracterizado pelo aumento generalizado do número de empresas, sobretudo na área da prestação e distribuição, com crescimentos anuais de 8% e de 10%, respetivamente, enquanto a produção teve um aumento médio mais ligeiro de 4%.

Em 2009, o sector da saúde empregava 244 mil pessoas (o que correspondia a 4,4% da população ativa), 86% das quais no subsector da prestação. O número de trabalhadores afetos ao sector da produção evoluiu de 9173 em 2007 para 9349 em 2010, enquanto o número de pessoas a trabalhar na distribuição evoluiu de 21273 para 24958 no mesmo período, representando um crescimento médio anual de 5,5%.

Gráfico 10: Número de Pessoas Empregues

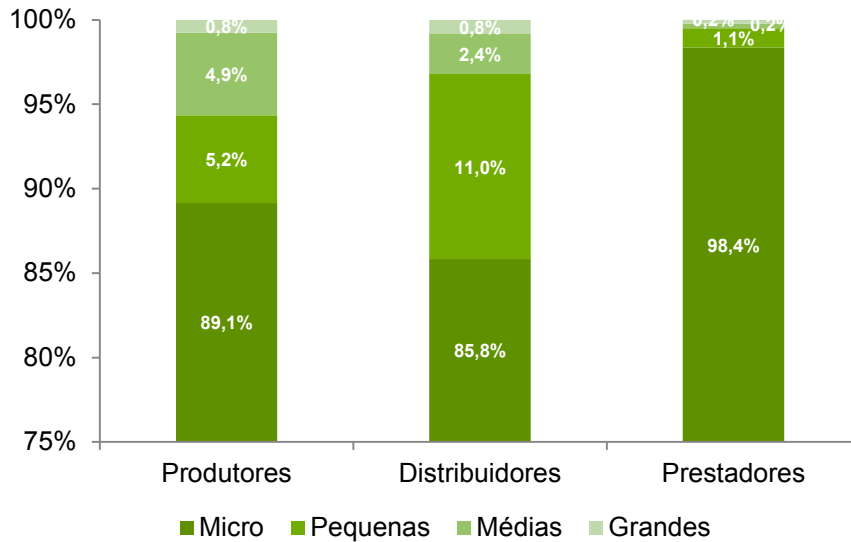


Fonte: Elaboração própria²

As empresas foram ainda classificadas pela dimensão e depois alocadas ao subsector respetivo para se poder realizar uma análise da forma como o volume de negócios é obtido em função da dimensão da empresa de cada subsector. O Gráfico 11 ilustra a forma como as empresas são distribuídas e permite concluir que a maioria é de micro dimensão, em qualquer um dos subsectores, representando sempre mais de 80% do total do número de empresas. No subsector da prestação, o número de microempresas chega a representar mais de 98% do total do número de empresas da indústria.

² No cálculo de pessoas empregues na “produção” e na “distribuição” foram utilizados os dados da Central de Balanços do Banco de Portugal. No cálculo de pessoas empregues na “prestação” foram usados os dados da Conta Satélite da Saúde (não estando disponíveis os relativos ao ano de 2010, em 7 de setembro de 2012).

Gráfico 11: Distribuição Percentual das Empresas por Dimensão

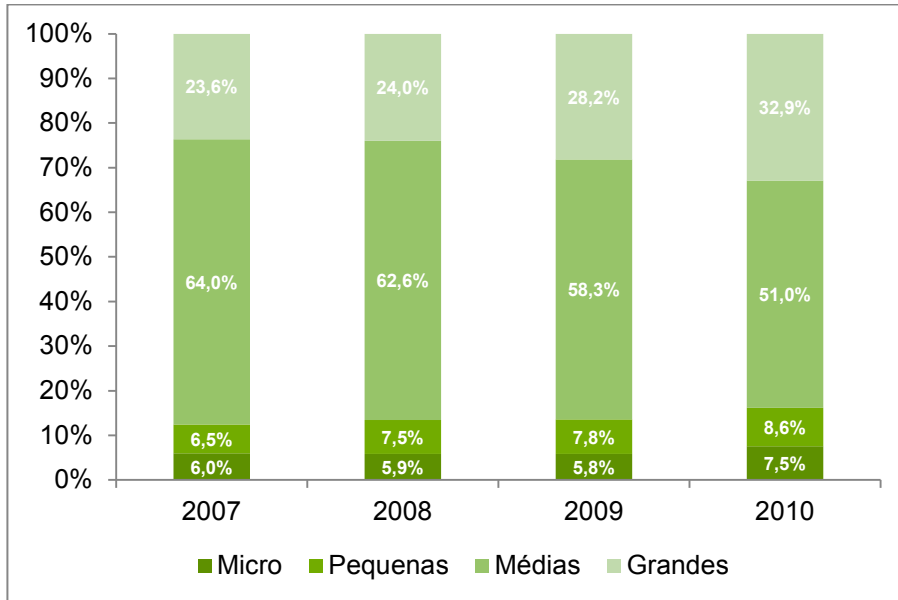


Fonte: Elaboração própria com base na SABI³

Analisando em concreto o subsetor dos produtores (Gráfico 12), é possível concluir que mais de 50% do volume de negócios é obtido por empresas de média dimensão que têm vindo a perder importância ao longo do tempo, enquanto a importância das empresas de grande dimensão e das micro e pequenas empresas tem vindo a aumentar.

³ A classificação em micro, pequenas, médias e grandes empresas teve em consideração apenas o volume de negócios e não o número de empregados, já que a SABI não disponibiliza informação relativa ao número de empregados por empresa.

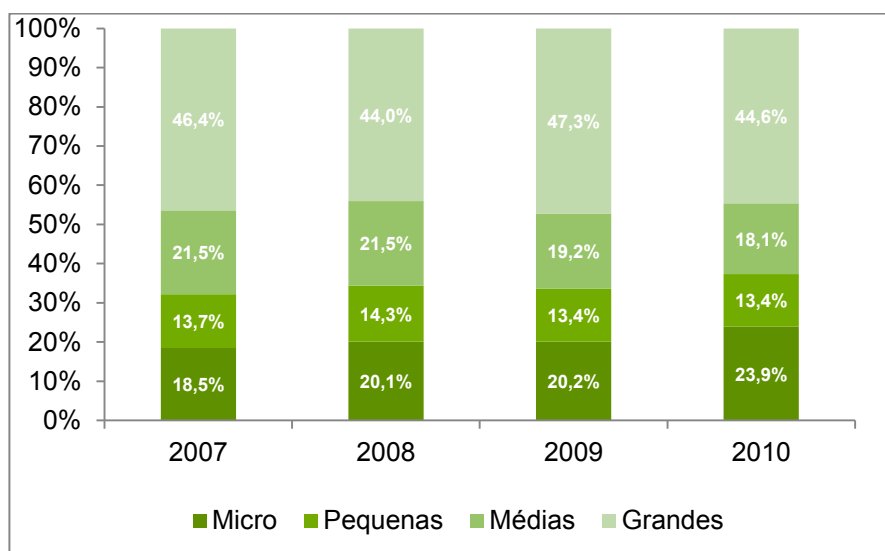
Gráfico 12: Distribuição do Volume de Negócios dos Produtores por Dimensão de Empresa



Fonte: Elaboração própria com base na SABI

Na distribuição, ao contrário do que acontece no subsetor da produção (em que a maior fatia do volume de negócios é obtida pelas empresas de média dimensão), a maior parte do volume de negócios é obtido por um reduzido número de grandes empresas (com faturação anual acima de 50 milhões de euros). Esta fatia corresponde a cerca de 45% do total do volume de negócios. As empresas de média dimensão, assim como as microempresas geram cerca de 20% do total, enquanto as pequenas empresas contribuem com cerca de 14% (Gráfico 13).

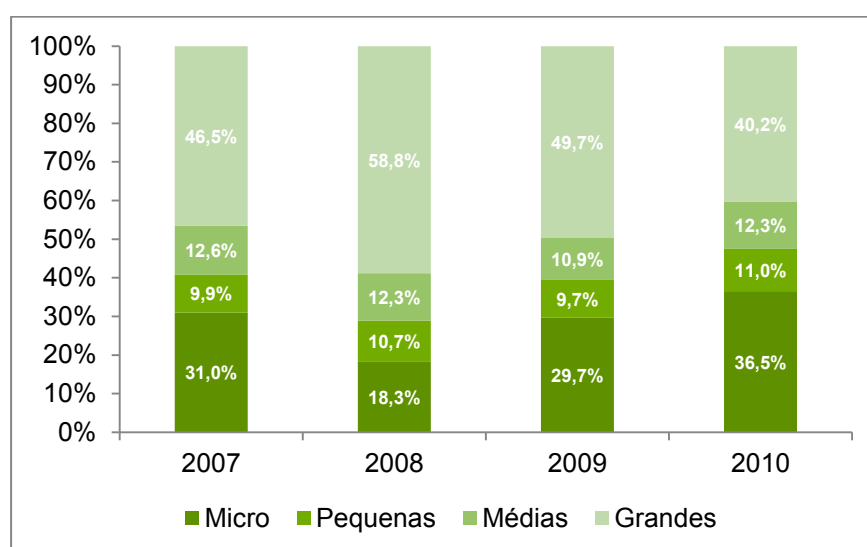
Gráfico 13: Distribuição do Volume de Negócios dos Distribuidores por Dimensão de Empresa



Fonte: Elaboração própria com base na SABI

Entre 40 a 60% do volume de negócios associado à prestação é gerado num reduzido número de grandes empresas, designadamente hospitais. Recorde-se que mais de 98% das empresas deste subsector são de micro dimensão (Gráfico 11). As microempresas geraram cerca de 30-35% do volume de negócios da prestação (exceto no ano de 2008). As empresas de média dimensão e de pequena dimensão geraram perto de 12% e 10%, respetivamente (Gráfico 14).

Gráfico 14: Distribuição do Volume de Negócios dos Prestadores por Dimensão de Empresa



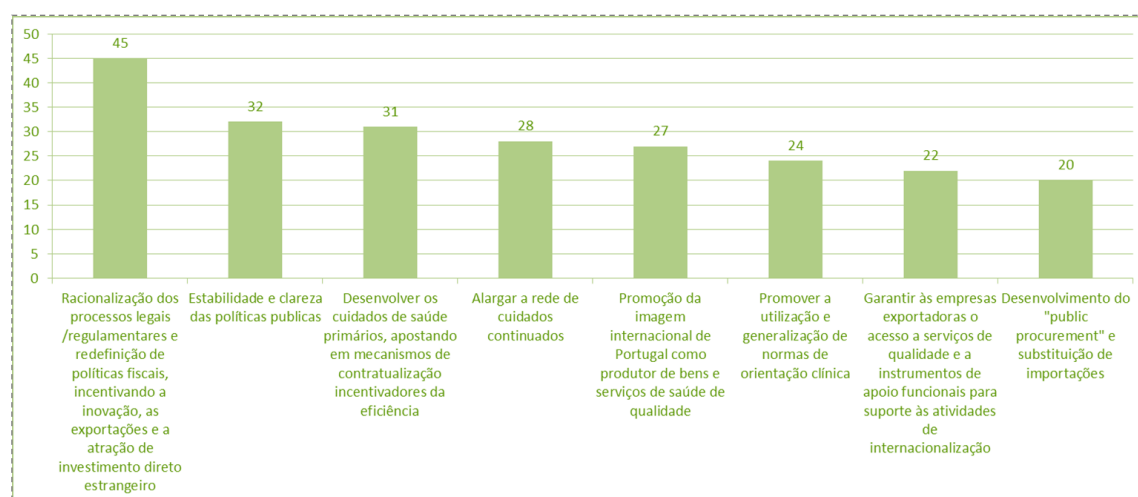
Fonte: Elaboração própria com base na SABI

03 / MEDIDAS DE APOIO AO CRESCIMENTO DO SETOR

A elaboração deste estudo assentou na combinação de diferentes metodologias de recolha e de tratamento da informação. Para além de dados quantitativos apresentados no capítulo anterior e no Anexo I, realizaram-se entrevistas e inquéritos a agentes representativos dos diversos subsectores das ciências da saúde, visando obter dos entrevistados informação pertinente sobre os pontos fortes e fracos do setor e indicar possíveis soluções para melhorar a competitividade do mesmo.

De acordo com as entrevistas e o inquérito realizados (ver Anexo II), as áreas e medidas de intervenção que receberam uma maior pontuação são as que se apresentam no Gráfico 15.

Gráfico 15: Áreas e Medidas de Intervenção com Maior Pontuação



A principal ambição dos agentes do setor é que o Estado não mude permanentemente o enquadramento regulamentar, fiscal e remuneratório. À extrema instabilidade que caracteriza o mundo da globalização junta-se a incerteza provocada pelas constantes alterações legislativas que o Estado financiador, produtor e regulador introduz, impedindo qualquer planeamento estratégico coerente por parte das empresas.

A segunda conclusão é a importância que os agentes colocam na reestruturação da rede de cuidados de saúde, colocando os cuidados primários no centro do sistema, como verdadeiro *gateway* de acesso e de aconselhamento/referenciação a todo o tipo de cuidados especializados.

A terceira ideia é a pretensão de se aproveitar o peso dominante do Estado no setor ao nível do seu financiamento e prestação de cuidados como um apoio à obtenção de escala pelas empresas portuguesas, permitindo-lhes adquirir competências e dimensão para concorrer no mercado externo. Transformar o Sistema Nacional de Saúde num ecossistema fomentador da procura permanente pela

qualidade e pela inovação, onde as empresas e as unidades de investigação colaborem e possam testar as suas soluções é uma ambição partilhada pelas generalidade dos agentes envolvidos neste estudo.

Por fim, destaque-se a ausência de uma estratégia concertada de afirmação de Portugal como um país onde o setor das ciências da saúde tem capacidade de se afirmar internacionalmente, o que poderia ser facilitado pela qualidade do sistema de saúde português, pelo forte investimento na investigação e pela flexibilidade e capacidade de adaptação e de inovação evidenciadas pelas empresas portuguesas produtoras de bens e de serviços da saúde.

Pelo exposto, considera-se que o setor da saúde beneficiaria de uma mudança de filosofia e de forma de organização que potencie o aproveitamento de sinergias, que concentre os esforços em torno de áreas onde Portugal pode ser competitivo internacionalmente, que dote os utentes de maior poder de decisão e que remunere a produtividade e a criação de valor.

Em virtude do diagnóstico efetuado, dos dados e opiniões recolhidas, identificou-se um conjunto de medidas suscetíveis de reforçarem a competitividade, o emprego e o valor gerado pelo setor, sempre com a condicionante de não colocarem em causa a qualidade dos serviços prestados e o acesso aos mesmos. Várias das medidas propostas têm impacto em mais do que um elo da cadeia de valor e preconizam uma mudança de atitude na relação entre os diferentes agentes do setor, em particular ao nível do papel do Estado. Consequentemente, deverão ser implementadas de forma progressiva, definindo-se projetos-pilotos, metas intercalares e garantindo a sua monitorização e avaliação permanentes.

O conjunto de medidas proposto pode ser esquematizado da seguinte forma:

Esquema 1: 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 especializadas. O princípio subjacente ao 3PIE é o mesmo princípio que preside ao desenvolvimento de *clusters*, mas os 3PIE a desenvolver distinguem-se do Health Cluster Portugal (HCP) por serem especializados em determinados nichos de mercado, contrariamente ao HCP que abrange todo o setor da saúde, e por serem mais focalizados no desenvolvimento de projetos concretos.

O objetivo último de cada 3PIE seria o de desenvolver, em Portugal, projetos que fossem reconhecidos internacionalmente como centros de investigação, diagnóstico e tratamento de elevada qualidade numa determinada área especializada, criando um núcleo de competências e recursos internacionalmente competitivos. Este reconhecimento permitiria atrair no exterior doentes para os hospitais portugueses, financiamento para a indústria portuguesa, e recursos humanos qualificados para a investigação e para a restante cadeia de valor.⁴

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. Essencialmente, deverão ser áreas onde seja possível vir a desenvolver rapidamente vantagens comparativas baseadas nos recursos disponíveis, no conhecimento acumulado, e na reputação internacional dos investigadores já existente,⁵ potenciando a competitividade internacional naquele nicho.⁶ Considerando a reduzida dimensão do setor em Portugal, e a reconhecida flexibilidade da indústria portuguesa para produzir pequenas séries de produtos, os nichos a desenvolver deverão situar-se nas áreas de menor consumo do setor, pouco exploradas pelas grandes multinacionais

⁴ Idealmente, o reconhecimento deveria permitir que Portugal se tornasse o destino preferencial em toda a Europa dos doentes e investigadores de determinada patologia.

⁵ Recorde-se que a qualidade dos recursos humanos, o conhecimento acumulado na área de I&D, e a existência de investigadores com boa reputação internacional foram os três pontos fortes mais referidos pelos membros do HCP que responderam ao inquérito.

⁶ Não se sugerem aqui quais os nichos a desenvolver porque tal pressupõe um levantamento prévio de recursos que ultrapassa o âmbito do presente estudo.

pelo seu reduzido peso no mercado mundial da saúde, mas cujo volume de negócios potencial em valor absoluto seja suficientemente grande para assegurar a rentabilidade de cada 3PIE.⁷ A primeira fase passaria então pelo levantamento das competências e recursos disponíveis, de forma a identificar aquelas áreas das ciências da saúde onde os recursos existam em maior qualidade e quantidade, em termos relativos. Face à necessidade de se concentrarem recursos e competências para se ter massa crítica internacional, antecipa-se que o número de nichos a identificar não deverá ultrapassar os três ou quatro.⁸

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 no projeto. A falta de competências de gestão no setor da saúde, em particular de gestão da inovação e a débil integração, cooperação e coordenação entre as diferentes entidades da cadeia de valor, exige rigor e critérios objetivos na seleção desse responsável. O líder terá de ser uma personalidade independente de todos os participantes do projeto, mas com competência reconhecida por todos eles.⁹

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), unidas em torno de um objetivo comum. O líder de projeto deverá assegurar uma efetiva articulação entre as várias entidades envolvidas, promovendo uma maior cooperação sob formas até agora pouco exploradas. Os vários entrevistados foram sugerindo formas de cooperação que contribuiriam para acrescentar valor e que identificamos como fatores críticos de sucesso.

⁷ Recorde-se que o aproveitamento de nichos de mercado foi a segunda mais referida, pelos membros do HCP que responderam ao inquérito, da lista de oportunidades.

⁸ Note-se que os *clusters* de sucesso tendem a ser geograficamente concentrados: mais de 50% dos *clusters* analisados no *Cluster Initiative Greenbook* (Sölvell, Linqvist, & Ketels, 2003) tinham a maioria dos seus membros a menos de uma hora de distância. Assim, poderá ser desejável considerar a localização dos recursos na definição dos nichos. Em todo o caso, é defensável que Portugal é suficientemente pequeno para que se possa considerar que qualquer entidade situada em território continental está geograficamente concentrada.

⁹ Cada 3PIE deverá ter um líder, mas é viável que a mesma pessoa lidere os três ou quatro 3PIE a desenvolver.

B. Fatores Críticos de Sucesso

Em primeiro lugar, o sucesso de cada 3PIE depende crucialmente da sua focalização em torno de um objetivo concreto. Tal será facilitado se a cada projeto estiver associado uma empresa "grande", que representaria o núcleo do mesmo. A forma de colaboração mais indicada seria então a subcontratação das PME portuguesas pela empresa "grande".¹⁰ 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.¹¹

A segunda forma de colaboração seria assegurar uma espécie de polinização cruzada entre a prestação de serviços, nomeadamente em hospitais, e a investigação. A investigação deverá ser orientada para a resolução dos problemas operacionais enfrentados pelos profissionais de saúde nos hospitais, e estes profissionais deverão estar sensíveis a colaborar com a investigação, o que poderá passar pela imersão periódica dos recursos qualificados dos centros de investigação em ambiente hospitalar.

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. A demonstração da eficácia da inovação num universo tão vasto como o do SNS constituiria certamente um selo de qualidade.

A quarta forma de colaboração é a ligação entre o setor e a AICEP. O objetivo principal da medida é o de 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 seguida até aqui.

O desenvolvimento de 3PIE não se limita à criação e implementação dos projetos. Paralelamente, deverão ser desenvolvidas outras medidas que irão contribuir para o sucesso dos 3PIE. As mais importantes serão

¹⁰ Nas entrevistas foram referidos alguns casos em que as empresas portuguesas acabam por subcontratar entidades externas por dificuldade em conseguir estabelecer plataformas de cooperação com entidades nacionais. O líder do projeto deverá assegurar que subcontratações externas só ocorram nos casos em que não existam os recursos nacionais necessários.

¹¹ Um dos principais riscos neste modelo é o de os outros participantes sentirem falta de *ownership*, enfraquecendo o seu entusiasmo pelo projeto. Por essa razão, não é aconselhável que a empresa "grande" seja o líder do projeto. Pelo contrário, neste modelo é crucial que o líder seja reconhecido como independente da empresa "grande".

a alteração dos procedimentos associados à autorização de ensaios clínicos, tornando o processo mais célere; a criação de centros de elevada diferenciação na prestação de serviços hospitalares, capazes de atrair doentes de outros países; a valorização da investigação na carreira médica; e a existência de mecanismos de financiamento adequados ao ciclo da inovação.¹²

C. Problemas que Procura Resolver

A proposta de implementação dos 3PIE resulta da análise SWOT do setor da saúde em Portugal apresentada nos capítulos anteriores, incorporando vários aspetos da análise.

A visão estratégica para o sector da saúde seria a sua estruturação em torno dos 3PIE. Os líderes de projeto proporcionariam o planeamento das atividades necessário à execução da estratégia, e promoveriam a integração, cooperação e coordenação entre as diferentes entidades da cadeia de valor. O resultado será um setor da saúde fortemente organizado em torno de três ou quatro desígnios comuns. Seriam, assim, ultrapassados os vários problemas relacionados com a falta de cooperação que foram identificados, nomeadamente:

- / Falta de entidade coordenadora que facilite o processo de investimento com as entidades estatais;
- / Falta de integração, cooperação e coordenação entre as diferentes entidades da cadeia de valor;
- / Falta de cooperação e articulação entre setor público (incluindo Ministério da Saúde) e setor privado.¹³

O setor da saúde em Portugal é de reduzida dimensão, mesmo em termos relativos, sobretudo a montante (investigação e indústria). A grande maioria das empresas que o constituem são PMEs, havendo muito poucas empresas com escala e volume de negócios elevados. Por outro lado, a extensão limitada do mercado interno implica que o sucesso dos projetos na área da saúde pressupõe a sua internacionalização, mas falta massa crítica para que o setor seja globalmente competitivo internacionalmente. Ao concentrar os recursos em três ou quatro nichos, favorece-se que, com os recursos existentes, cada um dos projetos atinja uma escala que lhe permita ser competitivo internacionalmente, e aumenta a capacidade de integração dos 3PIE em redes europeias de investigação.

¹² Estas questões são discutidas na secção sobre requisitos para a implementação, infra.

¹³ Recorde-se que a desarticulação entre os diferentes *players* e a falta de planeamento e visão estratégica para o setor da saúde, foram dos pontos fracos mais referidos pelos membros do HCP que responderam ao inquérito (segundo e quarto mais referidos, respetivamente).

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.¹⁴ Primeiro, porque o escasso financiamento nacional existente, público e privado, poderá ser canalizado para um número reduzido de projetos viáveis, em vez de ser disperso por dezenas de projetos sem capacidade de desenvolvimento.¹⁵ Segundo, porque o reconhecimento internacional que se pretende alcançar permitirá a captação de financiamento estrangeiro, seja de fundos de capital de risco internacionais, seja de empresas multinacionais do setor.¹⁶

A orientação da atividade de investigação para as necessidades de cada projeto permitiria uma utilização dos recursos de investigação mais eficiente, porque mais orientada para resultados, e incentivaria os investigadores a adquirirem uma maior sensibilidade ao ambiente empresarial, adquirindo uma maior preocupação com aspetos como a produtividade e a gestão do tempo.¹⁷ Poderia também contribuir para orientar os recursos destinados à investigação em saúde da FCT para a ciência criadora de valor, associada aos 3PIE.¹⁸ 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. A maior interligação entre investigação, indústria e financiadores, intermediada pela gestão profissional do líder de projeto, facilitará a criação de *start-ups*, ultrapassando a falta de competências de gestão para

¹⁴ Recorde-se que as dificuldades no financiamento de projetos de investimento foi a terceira ameaça mais referida pelos membros do HCP que responderam ao inquérito.

¹⁵ Suponha-se que estão disponíveis 50 milhões de euros para financiamento de projetos na área da saúde. Se forem financiados 100 projetos de 500 mil euros cada, dificilmente se conseguirá que qualquer um deles atinja a dimensão necessária ao sucesso. É mais provável que dois projetos de 25 milhões de euros cada permitam a criação de *subclusters* internacionalmente competitivos.

¹⁶ Uma das oportunidades identificadas é a tendência de externalização de I&D das grandes empresas farmacêuticas. Se for possível estabelecer o reconhecimento internacional de Portugal em determinados nichos, certamente que as grandes multinacionais estarão disponíveis para financiar a atividade de empresas nacionais nestes domínios.

¹⁷ A análise *SWOT* identificou como pontos fracos da investigação em Portugal a ineficiente utilização de recursos de investigação e o facto de os investigadores estarem pouco sensibilizados para o ambiente empresarial.

¹⁸ Em vez de os recursos da FCT serem distribuídos sem visão estratégica e sem grande preocupação com os resultados não académicos, como atualmente acontece, na opinião de alguns entrevistados.

apoiar a sua formação que atualmente afeta o desenvolvimento do setor da saúde em Portugal. Uma investigação mais orientada para o mercado e a maior dimensão dos 3PIE face aos projetos de investigação atualmente existentes, facilitará a obtenção de financiamento da União Europeia, nomeadamente no âmbito do programa Horizonte 2020.¹⁹

O reconhecimento internacional da qualidade da inovação desenvolvida em Portugal em determinados nichos contribuiria também para aumentar a atração de ensaios clínicos para Portugal.²⁰ Apesar de os entrevistados reconhecerem que existe uma mudança na perceção da investigação clínica, falta promover o setor da saúde português como destino preferencial para a realização de ensaios clínicos. Depois de demonstrada a capacidade de se realizar eficazmente ensaios clínicos no âmbito dos 3PIE, seria mais fácil atrair ensaios clínicos noutras áreas da saúde. O sucesso a este nível depende criticamente da adoção de medidas que tornem o contexto legislativo e regulamentar mais amigável e menos burocrático para a sua realização.²¹

D. Suporte Teórico

A aglomeração geográfica de empresas e instituições interrelacionadas, formando uma massa crítica localizada, com sucesso competitivo em áreas específicas, define um *cluster*, de acordo com a definição de Porter (Porter, 1998).²² Os 3PIE propostos não são mais do que *clusters* que têm a particularidade de serem muito especializados e planeados.²³ O suporte teórico da presente medida corresponde portanto ao

¹⁹ Horizonte 2020 é o instrumento financeiro da União Europeia que visa implementar a estratégia “União da Inovação”, que visa garantir e reforçar a competitividade da União Europeia. O Horizonte 2020 concentrará o financiamento da União Europeia para a investigação e a inovação, no período 2014-2020, e terá um orçamento de €80 mil milhões. O principal objetivo do Horizonte 2020 é contribuir para eliminar o fosso entre a investigação e o mercado, fomentando empresas inovadoras a desenvolver descobertas tecnológicas e transformando-as em produtos comercialmente viáveis. Assim, os 3PIES serão veículos particularmente adaptados para a obtenção de financiamento no âmbito deste programa.

²⁰ Recorde-se que a atração de ensaios clínicos para Portugal foi a terceira mais referida, pelos membros do HCP que responderam ao inquérito, da lista de oportunidades.

²¹ Discutidas na secção sobre requisitos para a implementação, infra.

²² “Today’s economic map of the world is dominated by what I call clusters: critical masses - in one place - of unusual competitive success in particular fields.” (...) “Clusters are geographical concentrations of inter-connected companies and institutions in a particular field” (Porter, 1998, p. 78).

²³ *Clusters* planeados serão aqueles que emergem por intervenção de uma entidade gestora, que organiza o *cluster*, por oposição aos *clusters* orgânicos, que emergem sem que ocorra a intervenção explícita de qualquer entidade externa (European Cluster Observatory, 2012).

suporte teórico da importância do desenvolvimento de *clusters* no desenvolvimento de uma região ou setor de atividade, literatura demasiado vasta para ser aqui reproduzida.

A essência da medida proposta, no entanto, não é a criação de *clusters*. O conceito de *cluster* da saúde não é novo, e já se implementou em Portugal através do HCP. A essência da proposta é a alteração da estratégia de *clustering*, desviando-a do setor da saúde como um todo, como atualmente, para nichos especializados, e focalizando mais no desenvolvimento de projetos concretos. O que importa avaliar, portanto, é a relevância e eficácia da alteração da estratégia proposta. Por outras palavras, o que importa avaliar é se os *subclusters* que são os 3PIE têm mais hipótese de sucesso que o *mega-cluster* HCP.

A análise dos fatores que determinam o sucesso de um *cluster* tem uma longa tradição na literatura económica, remontando a Alfred Marshall (Marshall, 1890), (Marshall, 1920), que salientou em particular:

- / O conhecimento mútuo e a confiança que reduz os custos de transação no seio de um *cluster*;
- / O ambiente empresarial que facilita a criação e transferência de competências e qualificações dos recursos humanos necessários à indústria local;
- / A partilha de recursos, especialmente recursos humanos, e a melhoria do acesso a *inputs* especializados;
- / O aumento dos fluxos de informação entre pessoas e empresas;
- / O efeito dos aspetos anteriores na promoção da inovação e na difusão da inovação entidades inseridas no *cluster*.

Na sequência do trabalho de Marshall, desenvolveu-se uma extensa literatura sobre economias de aglomeração (por exemplo (Isard, 1956), (Dicken & Lloyd, 1977)) que apontava como variáveis relevantes no sucesso dos *clusters* a existência de infraestruturas adequadas, o acesso aos *inputs*, nomeadamente aos especializados que são objeto de uma maior procura local, a heterogeneidade da base industrial, as tecnologias de comunicação e a proximidade ao mercado.

Uma outra linha da literatura focou-se na transferência de conhecimento (*knowledge spillovers*) e nos benefícios da aprendizagem pela produção (*learning-by-doing*) que resultam da interação (*feedback loops*) entre o desenvolvimento de produtos e a produção (Pred, 1966), (Webber, 1972). Os trabalhos sobre *knowledge spillovers* entre universidades e empresas salientam os benefícios e a criação de valor que resulta da colaboração entre estas instituições (Anselin, Varga, & Acs, 1997). *Knowledge spillovers* resultantes da transferência de trabalhadores entre empresas também foram identificados como fontes importantes de criação de conhecimento e de sucesso dos *clusters* (Saxenian, 1994). Os principais fatores de sucesso que resultam desta linha da literatura são a complementaridade no acesso a *inputs* e as transferências de conhecimento.

A análise de *clusters* assumiu fama internacional com o diamante de Porter (Porter, 1990), (Porter, 1998), e os seus quatro fatores de sucesso associados. O primeiro determinante tem a ver com as condições da procura local, com clientes locais cada vez mais exigentes que forçam as empresas a melhorar e diferenciar os seus produtos e serviços para servir os mercados locais, bem como os mercados externos. O segundo determinante refere-se aos fatores de produção, concretamente à quantidade e qualidade dos recursos naturais, capital humano, recursos científicos e tecnológicos, infraestruturas e administração pública. A presença, qualidade e capacidade dos fornecedores locais e a presença de indústrias relacionadas competitivas constituem o terceiro determinante. O quarto determinante é o ambiente em que se insere a estratégia da empresa e dos concorrentes, que se refere "às regras, incentivos e normas que regem o tipo e a intensidade da concorrência local". Duas subdimensões incluem um ambiente favorável ao investimento determinado pelas políticas económicas, e as políticas locais que afetam a concorrência como a abertura ao comércio e ao investimento estrangeiro, a política de defesa da concorrência, a intervenção do governo, e a influência da corrupção.

Autores posteriores a Porter vieram salientar a importância das relações interpessoais no sucesso dos *clusters*, nomeadamente a importância dos contactos presenciais (cara a cara) entre os membros do *cluster* para a sua formação e desenvolvimento, especialmente no que respeita à integração de PME's (Rosenfeld, 1997). A existência de uma "classe criativa", um conjunto de profissionais especializados capazes de resolver problemas complexos de forma independente com níveis elevados de educação e capital humano, é também importante gerar novas ideias geradoras de valor (Florida, 2002).

Trabalhos empíricos recentes tentaram avaliar a importância relativa dos vários fatores identificados na literatura no sucesso dos *clusters*, tendo concluído que os fatores principais são (Kamath, Agrawal, & Chase, 2012):

- / Ambiente macroeconómico favorável à atividade empresarial, com estabilidade política e económica, um sistema judicial eficaz e justo, níveis baixos de corrupção;
- / Intervenção do Estado como facilitador e fornecedor das infraestruturas necessárias ao *cluster*;
- / Cooperação entre empresas e governo;
- / Disponibilidade de recursos humanos especializados e não especializados, e em especial da "classe criativa";
- / Disponibilidade de financiamento;
- / Existência de indústrias complementares competitivas;
- / Existência de redes de trabalho, que relacionam empresas que desenvolvem métodos de trabalho idênticos;
- / Presença de empresas âncora que sirvam de catalisadores para o desenvolvimento de projetos.

Em síntese, uma avaliação que compare a probabilidade de sucesso do mega-cluster HCP com os *subclusters* 3PIE é claramente favorável a estes últimos. Revendo aqueles aspetos em que poderá haver diferenças entre sub e *mega-clusters*, constatamos que à luz de todos eles a opção por *subclusters* é a mais adequada. Os fatores a considerar são:

- / O conhecimento mútuo e a confiança entre os membros do *cluster*, que se obtém com o contacto presencial; tal será mais fácil de obter quando o número de participantes no *cluster* é mais reduzido.
- / A comunicação entre membros do *cluster*, estabelecendo redes de trabalho e que facilita a partilha de recursos e a transferência de conhecimento; atualmente a comunicação e cooperação não será a desejável, mas com grupos de dimensão mais reduzida e com liderança forte será mais fácil de obter.
- / A existência de infraestruturas e recursos especializados em qualidade e quantidade (sobretudo humanos); a reduzida dimensão do setor da saúde português não permite que existam recursos que cubram todas as áreas da saúde, mas é possível encontrar infraestruturas e recursos humanos de excelência em alguns nichos.
- / Intervenção de entidades públicas como facilitadoras e fornecedoras das infraestruturas necessárias ao *cluster*; com as atuais dificuldades orçamentais os esforços das entidades públicas terão de ser dirigidos, não podendo abarcar todo o setor da saúde, mas sendo viável o apoio a alguns projetos concretos;
- / Presença de empresas âncora que sirvam de catalisadores para o desenvolvimento de projetos; há poucas empresas de dimensão significativa a atuar no setor da saúde, não cobrindo todo o setor, mas que serão suficientes para suportar o desenvolvimento de 3 ou 4 3PIE.
- / Disponibilidade de financiamento; a dificuldade em obter financiamento aconselha a concentrar o pouco que existe em um número limitado de projetos.

O elemento crítico no sucesso dos 3PIE é a sua liderança. A experiência indica que os *clusters* de sucesso têm líderes apaixonados que compreendem e conhecem o quadro geral.²⁴ Por outro lado, os membros de *clusters* sentem a necessidade de líderes eficazes.²⁵

²⁴ “Over time, sustainable clustering initiatives have: Triple helix governance with strong private sector leadership; Leaders with passion who understand the broad picture; Multiple funding sources in place, predominantly local” (European Cluster Observatory, 2012).

²⁵ Apesar de, por vezes, tal necessidade não ser verbalizada (Sydow, Lerch, Huxham, & Hibbert, 2011).

A liderança em *clusters* tem de assumir contornos diferentes do habitual, devido à diversidade e complexidade das instituições no seu interior, à inexistência de relações hierárquicas, e à importância do estabelecimento de redes de relações (Sydow, Lerch, Huxham, & Hibbert, 2011). Não há um modelo único de liderança de *clusters*, mas é possível identificar na literatura algumas características que os seus líderes deverão possuir. Os líderes de *clusters* de inovação deverão possuir um elevado conhecimento técnico sobre o setor que lideram, mas também deverão ser capazes de mobilizar vontades e prevenir a balcanização dos *clusters*. O líder deve ser um intermediário social (*social broker*), alguém capaz de estabelecer ligações entre instituições antes isoladas, mas também um "passador de fronteiras" (*boundary spanners*), alguém capaz de transportar informação entre diferentes instituições (Fleming & Waguespack, 2007). Em síntese, o líder do 3PIE deverá reunir um conjunto de características especiais (European Cluster Observatory, 2012):

- / É um facilitador, que lidera os processos e garante o seu sucesso;
- / É um agente de mudança, com grande poder de iniciativa;
- / É capaz de criar um ambiente aberto, que facilita a troca de conhecimento;
- / É um bom comunicador;
- / É um motivador;
- / É capaz de ultrapassar as barreiras;
- / Está bem relacionado dentro e fora do *cluster*;
- / É capaz de reconhecer talentos e competências;
- / Tem a dinâmica do mundo empresarial.

E. Exemplos Internacionais

O *Cluster Initiative Greenbook* (Sölvell, Linqvist, & Ketels, 2003) analisou cerca de 250 *clusters* em todo o mundo, tendo concluído que cada cluster é único, mas há alguns aspetos comuns aos clusters de sucesso. Por exemplo, todos tendem a agrupar instituições dos quatro setores – público, privado, social e académico (Wilson, 2012). No entanto, o âmbito não é um desses aspetos, encontrando-se *clusters* de sucesso de âmbito alargado e outros de âmbito mais limitado.

No espaço europeu encontramos alguns exemplos de *clusters* especializados na área da saúde. Em França, na região de Toulouse, o *Pôle de Compétitivité Cancer-Bio-Santé* tem em curso quatro atividades estratégicas no domínio da prevenção, diagnóstico e tratamento do cancro, representadas por quatro grupos de trabalho, cada um deles dirigido por um "*animateur*" proveniente da indústria e um "*co-animateur*" proveniente do meio académico (Cancer-Bio-Santé, 2010). Outro exemplo de *cluster*

especializado na área do cancro é o *Oslo Cancer Cluster*, que tem cerca de 60 membros (Oslo Cancer Cluster, 2012).

Também em França, mas na região de Lyon, o *Lyonbiopole* é um *cluster* dedicado ao diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças infecciosas, em especial a produção de vacinas, com 85 membros (4 grandes empresas industriais, 67 PME e 14 centros de competências), e 18 projetos em curso (Lyonbiopole, 2012).

Na Alemanha encontramos 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 (DiagnostikNet-BB, 2012). Ainda na Alemanha, encontramos 21 redes de competências na área médica, como as redes de competências para as cardiopatias congénitas (Kompetenznetz Angeborene Herzfehler, 2012), o HIV/SIDA (Kompetenznetz HIV/AIDS, 2012), a leucemia (Kompetenznetz Leukämie, 2012) e a doença de Parkinson (Kompetenznetz Parkinson, 2012), que agrupam dezenas de centros de investigação e instituições prestadoras de cuidados de saúde que cooperam para desenvolver a investigação básica e clínica em cada uma destas áreas.

F. 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. Tal pressupõe algum grau de consenso quanto aos nichos a explorar, que poderá não ser fácil alcançar. É importante que o levantamento das competências e recursos disponíveis, que permitirá identificar aquelas áreas das ciências da saúde onde os recursos existam em maior qualidade e quantidade, e definir os nichos a que se dedicarão os 3PIE a criar, seja 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 os interesses de A ou B. Em alternativa, a seleção dos nichos poderia resultar da iniciativa das instituições que iriam constituir o 3PIE.

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.

A capacidade para atrair gestores de projeto com as competências desejadas pressupõe o apoio de entidades públicas, seja para proporcionar as infraestruturas desejadas pelo líder, seja para proporcionar o **financiamento** (através dos fundos estruturais) da atividade do líder do projeto. Adicionalmente, deverão

ser criadas linhas de crédito especiais para a implementação dos projetos dos 3PIE e criados mecanismos de financiamento adequados ao ciclo da inovação.

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.²⁶ Em primeiro lugar, agilizar os procedimentos de autorização para a realização de ensaios clínicos para tornar o processo menos oneroso. Em segundo lugar, criar um enquadramento apropriado para que as instituições prestadoras de cuidados de saúde tenham grande interesse em acolher ensaios clínicos. Em terceiro lugar, alterar as carreiras médicas de forma a valorizar mais a investigação.

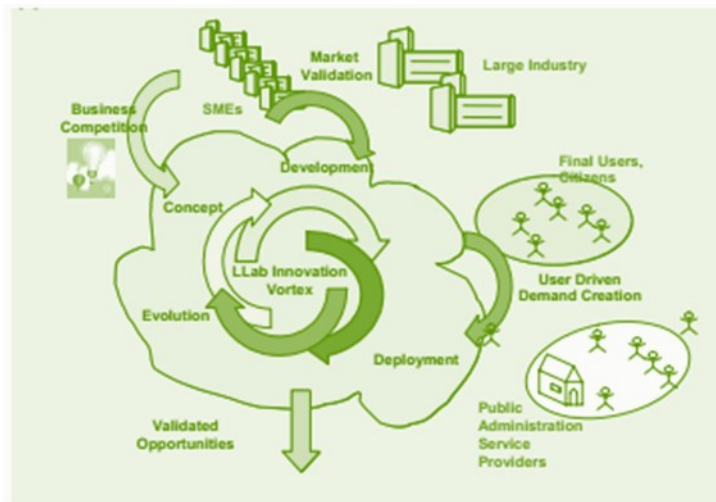
Um outro requisito desejável é a reestruturação da rede hospitalar, com a criação de **centros de elevada diferenciação** nas áreas relevantes para os 3PIE. Tais centros de excelência na atividade clínica seriam os pontos de contacto entre a investigação e a prática clínica, contribuindo para orientar a investigação em função das necessidades clínicas, e para incorporar na prática clínica o conhecimento desenvolvido na investigação.

Os centros de elevada diferenciação seriam também os símbolos dos 3PIE, que serviriam de veículo privilegiado para promover no exterior a marca de excelência do setor da saúde português naquele nicho de mercado. Em caso de sucesso, atrairiam doentes de outros países europeus, que não só reforçaria a competitividade do 3PIE mas também contribuiria para aumentar a procura de prestadores de cuidados de saúde nacionais e as exportações de serviços.

Para além dos centros de elevada diferenciação, o SNS será um elemento importante do sucesso dos 3PIE se se constituir **como um living lab permanente**. Um *living lab* ou laboratório vivo é um conceito inovador de investigação que se centra no utilizador e visa criar um ecossistema de inovação aberta em que os utilizadores não se limitam a testar processos e produtos introduzidos, mas são eles mesmo elementos ativos no processo de criação de valor e de exploração de ideias emergentes e conceitos inovadores. Trata-se, por isso, de um ecossistema que permite criar produtos, serviços novos ou simplesmente novas formas de realizar tarefas e de explorar essas inovações num contexto adequado, experimentando e avaliando os resultados de uma forma expedita e rápida.

²⁶ A dificuldade na realização dos ensaios clínicos foi um dos pontos fracos apontados pelos entrevistados.

Figura 1: Living Lab



Fonte: Santoro e Conte (2009)

Os *living labs* vivem da interligação que conseguem estabelecer com *living labs* internacionais permitindo a partilha de conhecimentos e experiências para facilitar o desenvolvimento de soluções inovadoras. Um exemplo dessa rede de *living labs* é o EnoLL, o *European Network of Living Labs*.

No que se refere à prática de estabelecimento de *living labs*, em termos nacionais e internacionais, Portugal tem cerca de 14 *living labs* que fazem parte da rede EnoLL. No entanto, relativamente à área da saúde existe apenas um, na Noruega, que está numa fase ainda de implementação. Este laboratório procura soluções que resolvam os desafios relacionados com a saúde de uma população cada vez mais envelhecida.

Como a maioria dos *living labs*, estabeleceu parcerias com outros *living labs*, nomeadamente da Suécia e da Dinamarca e orientam a sua investigação na combinação de produtos e serviços para a melhoria da saúde criando, nas palavras utilizadas no seu site, "*disruptive health care innovation*". Em concreto, os projetos estão relacionados com a utilização de tecnologias na realização de tarefas diárias em meios domésticos, inovação dos serviços, conceção da prestação de cuidados de saúde e o desenvolvimento de produtos.

A implementação de um *living lab* requer acima de tudo o estabelecimento de um conjunto de comunidades que o possam apoiar, bem como dar suporte às experiências desenvolvidas no âmbito do mesmo em diversos domínios. Essas comunidades deverão consistir em conjuntos de entidades criadoras de produtos, serviços ou tecnologias disponíveis para serem submetidos ao ambiente experimental do laboratório, como seriam os 3PIE.

Outra comunidade relevante consiste nos profissionais que fornecem apoio ao desenvolvimento dos produtos e podem dar contributos de orientação dos produtos no mercado através dos conhecimentos técnicos e do *networking* no mundo dos negócios.

Um outro agregado de pessoas necessário é o dos utilizadores que integram os processos de criação e experimentação dos produtos e serviços. Cativar as pessoas a participarem neste tipo de iniciativas, sobretudo quando se referem à saúde dos mesmos, pode ser uma barreira inicial a ter que ultrapassar.

As tecnologias de informação e comunicação têm um papel preponderante, na medida em que fornecem uma infraestrutura de apoio que facilita a comunicação entre as diferentes comunidades que convivem no *living lab*. Ao mesmo tempo é a ferramenta indicada para proceder à recolha e estruturação de dados e resultados de ensaios de produtos, bem como no auxílio ao processo de co-criação utilizador/criador com as plataformas que materializam essa ponte.

G. Impacto Previsto

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 e a expansão das empresas do setor. 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.

H. Plano de Ação

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. Tais centros de elevada diferenciação 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 deveria realizar um levantamento das infraestruturas e dos recursos humanos diferenciados existentes na área da saúde, 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. Posteriormente, a seleção do 3PIE deveria ser aprovada pelo Governo.

A seleção dos 3PIE poderia seguir pelo menos outros dois modelos. Uma primeira alternativa assentaria na capacidade de iniciativa das várias instituições existentes, atribuindo-lhes a responsabilidade da criação de cada 3PIE em que se irão integrar. Neste modelo, as várias entidades com atividade num determinado *subcluster* tomariam a iniciativa de se associarem e formarem um 3PIE. Para além de centros de investigação e de empresas das várias fases da cadeia de valor, tais iniciativas teriam de incluir um hospital que se proponha albergar um centro de elevada diferenciação. A implementação deste modelo tem como principal limitação a inexistência de um mecanismo catalisador da associação das instituições envolvidas, capaz de ultrapassar a atual desarticulação entre os diferentes *players*.²⁷ Por outro lado, a

²⁷ Recorde-se que esta desarticulação foi apontada como um dos pontos fracos nas entrevistas. Tal implica que na ausência de incentivos externos fortes tais associações dificilmente surgirão, o que é demonstrado pelo não aparecimento de iniciativas deste tipo até ao momento.

implementação deste modelo pressupõe também a existência de um mecanismo de seleção que permita separar os 3PIE viáveis, que devem ser apoiados, dos não viáveis. O lançamento de um concurso para financiamento de projetos deste tipo poderia constituir simultaneamente um mecanismo catalisador e um mecanismo de seleção dos 3PIE, mas seria um processo burocrático e lento, de eficácia duvidosa.²⁸

Uma segunda alternativa de seleção dos 3PIE assentaria na iniciativa do Ministério da Saúde, que identificaria os centros de elevada diferenciação que serão o núcleo de cada um dos 3PIE. A criação de tais centros limita o leque de opções para a criação de 3PIE, pelo que o próprio processo de criação dos centros de elevada diferenciação seria simultaneamente um processo de seleção dos 3PIE, que depois seriam criados por iniciativa do hospital onde estaria instalado o centro de elevada diferenciação. O principal problema desta opção seria a sua natureza pública, já que as entidades privadas e os centros de investigação não interviriam neste processo de decisão, limitando-se a aderir aos 3PIE que fossem formados por iniciativa do Ministério da Saúde.

A segunda fase do processo é a designação dos líderes de projeto. Como já foi referido, o sucesso do 3PIE estará criticamente dependente do líder escolhido. 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.

I. Ações a Desenvolver

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

²⁸ O concurso poderia agregar verbas destinadas ao financiamento da investigação e verbas destinadas ao financiamento do investimento que seriam canalizadas para as entidades integrantes dos 3PIE selecionados. O concurso seria simultaneamente um concurso para seleção dos 3PIE a apoiar e um concurso de atribuição dos financiamentos às entidades selecionadas. Por essa razão, o lançamento do concurso teria de ser responsabilidade do Governo, e envolver os ministérios com a tutela da saúde, da ciência e da economia. A necessidade de uma intervenção prévia da Administração Pública, e de articulação efetiva entre Ministérios distintos poderia implicar que o concurso fosse mais demorado e os que os seus objetivos fossem subvertidos durante o complicado processo.

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 permite que haja um maior ajustamento entre os atributos que o consumidor de cuidados de saúde 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 responsabilização de quem toma a decisão de que cuidados procurar e, sobretudo, por uma regulação eficaz da qualidade 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.

O aumento da concorrência entre prestadores só produzirá os resultados desejados se for acompanhada por maior flexibilidade na seleção da estratégia, objetivos, políticas e instrumentos de gestão a serem adotados pelos decisores máximos de cada instituição. Nesse sentido, esta medida será tanto mais eficaz se for aplicada conjuntamente com a Medida III.

B. Problemas que Procura Resolver

A redução da procura de cuidados desnecessários é fundamental para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Porque estão, pelo menos parcialmente, imunes ao custo, os utentes tendem a consumir mais cuidados médicos do que aqueles que seriam necessários, seja por opção própria ou por indução dos prestadores. Consequentemente, a mitigação deste excesso deve ser feita pela limitação ao acesso, ou pelo aumento da perceção dos utentes quanto à relação custo/benefício do tratamento a que estão a recorrer, responsabilizando-os pelas escolhas efetuadas.

Da mesma forma, os prestadores, em particular as unidades hospitalares, têm beneficiado em última instância de financiamento garantido e não associam a sua viabilidade ao cumprimento de parâmetros de eficiência e de qualidade. Estas barreiras à saída de prestadores são um fator indutor do prolongamento de opções erradas, políticas desajustadas, penalizando quem faz melhor e com menos. O resultado é uma incorreta afetação de recursos e a ausência de incentivos conducentes a acréscimos de produtividade e de eficiência.

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. Para além da qualidade da informação, o modo como esta é apresentada e a facilidade com que os consumidores a podem processar tem o mesmo grau de importância (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.

C. Suporte Teórico

Os argumentos são simples, como explicita Propper (2012). Na generalidade dos setores económicos, a concorrência permite uma maior produtividade e a escolha é valorizada pelos consumidores. Na saúde também se espera que, na maioria das situações, a concorrência entre os prestadores encoraje a eficiência e promova a qualidade, sobretudo com a diminuição da assimetria de informação entre prestadores e utentes. O aumento da possibilidade de escolha permitirá aos doentes um serviço mais

personalizado e, nos casos em que existe partilha de custos, torná-los-á mais sensíveis a diferenças de preços e de qualidade, para além de lhes dar maior poder na relação com os outros atores (Le Grand, 2007, p. 42). Se os prestadores não conseguirem atrair consumidores, não conseguem atrair recursos.

Mas, para que tudo isto funcione, é essencial ter simultaneamente escolha por parte dos utilizadores e concorrência por parte dos prestadores (Le Grand, 2007, pp. 44-45). A possibilidade de escolha sem concorrência era o que existia no *National Health Service* do Reino Unido antes das reformas de 1991, em que os clínicos gerais podiam encaminhar os seus doentes para qualquer hospital do país. Os hospitais que aceitavam doentes por esta via não recebiam quaisquer fundos adicionais por esse motivo, não tendo, portanto, qualquer incentivo direto para atrair doentes. Doentes adicionais significavam trabalho acrescido, havendo interesse em colocar os doentes em lista de espera ou em referenciá-los para outras instituições. Por outro lado, a existência de concorrência sem possibilidade de escolha pelos utilizadores origina problemas diferentes, ao premiar o investimento em fatores que não estão necessariamente relacionados com melhores resultados clínicos e com a qualidade percebida pelos utentes.

Uma das preocupações óbvias desde modelo é que os consumidores possam não ter condições para avaliar todos os benefícios inerentes à opção em causa. Para que a medida tenha os resultados esperados, a avaliação dos prestadores de cuidados e a disponibilização pública desses resultados é condição essencial. Uma escolha informada e consciente é necessária para que se maximize o valor criado, para que se aumente o grau de concorrência e para que se possa regular e supervisionar todos os prestadores. Por outro lado, a qualidade da informação é um requisito transversal a várias das medidas apresentadas, mas adquire maior importância quando se coloca no utilizador a decisão final.

Uma das limitações apontadas a esta solução é a de exigir um conhecimento aprofundado das alternativas existentes e do modo de funcionamento do sistema. O grau de satisfação está muito associado ao nível de literacia do utilizador (o que discrimina uma parte relevante da população) e ao seu conhecimento do sistema e das diferentes partes que o compõem. Também por esse motivo, o papel do prestador de primeira linha e uma regulação e supervisão efetivas são fundamentais para esclarecer e orientar o beneficiário e para manter a dimensão da concorrência nos atributos que interessam à sociedade.

A regulação é fundamental para garantir uma escolha correta por parte dos utentes e para enquadrar a concorrência dentro dos parâmetros que interessam ao sistema como um todo.

D. Exemplos Internacionais

Como expõe Propper (2012), há 20 anos atrás só existia liberdade de escolha num número limitado de países, quer ao nível do segurador (por exemplo, na Holanda), quer do prestador (em alguns dos países

com NHS), quer de ambos. Porém, nas últimas duas décadas, a concorrência tem sido defendida como modelo de reforma e diversos países têm apostado numa maior escolha pelos cidadãos dos cuidados de saúde financiados com recursos públicos, nomeadamente a Noruega, a Suécia, Dinamarca e a Holanda. No lado da prestação, o Reino Unido tem sido líder, através da criação dos designados “mercados internos” ou “quase-mercados”, em que existem prestadores independentes que concorrem pelos consumidores, mas que diferem de um mercado tradicional na medida em que os utilizadores não adquirem bens e serviços com recursos próprios. Os serviços são pagos pelo Estado, mas o dinheiro segue as escolhas dos utilizadores através de um *voucher*, um orçamento determinado ou uma fórmula de financiamento (Le Grand, 2007, p. 41). Evitam-se assim, as iniquidades que surgem nos mercados normais associadas às diferenças de poder de compra dos indivíduos. A condição essencial é a existência de concorrência entre as instituições, mesmo que todas sejam públicas, não sendo indispensável a participação do setor privado.

Os estudos empíricos procuram encontrar uma eventual relação entre o nível de concorrência e os níveis de preços ou o nível de qualidade. A evidência disponível diz respeito sobretudo aos EUA e ao Reino Unido (e aqui houve duas “vagas” de reformas). As conclusões são diferentes nos casos em que existe liberdade de fixação de preços e nos casos em que os preços são regulados.

Experiência dos EUA: Relação entre nível de concorrência, preços e qualidade

Gaynor e Town (2012) argumentam que **existe uma relação positiva entre concentração hospitalar e preços** (isto é, a concorrência permite diminuir preços), mas a magnitude da relação é influenciada pela estrutura de seguros prevalecente. Há uma literatura empírica crescente sobre a **relação entre concorrência e qualidade** que se baseia sobretudo no mercado hospitalar. A maioria dos estudos, realizados nos EUA (com doentes da *Medicare*), aponta para um impacto positivo da concorrência sobre a qualidade (este resultado está de acordo com as previsões da teoria económica em mercados com preços regulados). Contudo, nos mercados em que os preços são determinados pelas empresas (por exemplo, quando há doentes com seguros de saúde privados), os resultados são mais variáveis. Alguns estudos (revistos por estes autores) mostram que o aumento da concorrência conduz a um aumento da qualidade, enquanto outros mostram uma diminuição. Estes resultados também estão de acordo com as previsões da teoria económica: quando as empresas fixam simultaneamente os preços e a qualidade, a teoria económica prevê que o efeito da aumento da concorrência sobre a qualidade seja indeterminado.

Experiência do RU: Relação entre nível de concorrência, preços/custos e qualidade

No Reino Unido, houve, essencialmente duas vagas de reformas: uma, entre 1991/1997, onde se promoveu a concorrência entre hospitais, criando mercados internos, e outra, em 2000, apenas em

Inglaterra. Na primeira vaga, os compradores e vendedores negociavam quer preços, quer qualidade (Propper, 2004). Porém, enquanto a informação sobre preços era facilmente comparável, não era publicada informação relativa à qualidade e a que existia não era suficientemente robusta (porque raramente era usada). Neste contexto, era expectável que a concorrência estivesse associada a preços mais baixos, mas também a menor qualidade. Como explica Le Grand (2007, p. 103), havia dois tipos de compradores nesta reforma de 1991/1997: os médicos de família *fundholders* (que para além de prestarem cuidados de saúde aos doentes inscritos possuíam um orçamento para adquirirem algum tipo de cuidados secundários, sobretudo cirurgias eletivas) e as autoridades regionais de saúde (organizações geograficamente definidas que compravam todos os cuidados de saúde secundários para os residentes naquela área geográfica com exceção dos que eram adquiridos pelos *fundholders*). Segundo Propper (2012) a evidência sobre estas reformas é relativamente limitada, mas permite concluir que os custos diminuíram mais nas áreas mais concorrenciais e que os *general practitioners fundholders* conseguiram melhores acordos do que compradores responsáveis por grandes populações. Possíveis explicações residem numa maior importância dos incentivos financeiros dos primeiros (uma vez que podiam ser retidos) e na preocupação das autoridades em assegurar a viabilidade dos serviços locais. Por outro lado, os resultados do estudo de Propper *et al.* (2008), que procurou avaliar o impacto da reforma nos tempos de espera e na mortalidade hospitalar após ataques cardíacos, sugerem que, em mercados concorrenciais, os hospitais diminuem a qualidade não observada e não medida (taxa de mortalidade hospitalar), de modo a melhorarem o indicador de qualidade observado e medido (o tempo de espera). Estes resultados estão de acordo com as previsões teóricas de que, com o aumento da concorrência, os prestadores se concentram nas características dos cuidados em que a procura é mais elástica.

A reforma de 2000 teve diferenças relativamente às reformas anteriores (Propper, 2012):

- / Os preços para os cuidados eletivos passaram a ser centralmente fixados (através de um sistema semelhante ao dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo);
- / Havia uma maior disponibilidade de dados quanto à qualidade;
- / Existiam incentivos acrescidos para os prestadores resultantes de duas reformas adicionais - a criação de *foundation trusts* e de subsídios à entrada de prestadores privados nas áreas em que existiam maiores listas de espera. Com efeito, os hospitais com melhores resultados financeiros e menores tempos de espera podiam pedir o estatuto de *foundation trusts* (passando a deter maior autonomia e a possibilidade de reter excedentes). Assim, todos os hospitais (e não apenas os FT) tinham incentivos para não ter prejuízos e aumentar a qualidade (pelo menos para não aumentar os tempos de espera).
- / A possibilidade de escolha não foi concedida a todos os doentes, mas os hospitais de maior qualidade passaram a ser oferecidos mais frequentemente (Gaynor *et al.*, 2010)

Em consequência desta reforma, as taxas de mortalidade por ataques cardíacos diminuíram mais em zonas mais concorrenciais (onde existiam mais hospitais antes da reforma) do que nas restantes (Gaynor *et al.*, 2010 e Cooper *et al.*, 2011). Além disso, os hospitais localizados em áreas mais concorrenciais tiveram maiores reduções na mortalidade (por todas as causas) e menores demoras médias (Gaynor *et al.*, 2010). Um dos principais problemas é que não se sabe o que ocorreu no interior das instituições. Bloom *et al.* (2010) encontram uma relação entre maior concorrência e melhores práticas de gestão. Assim, uma possível explicação para os melhores resultados em áreas mais concorrenciais é que a qualidade da gestão nesses hospitais era superior.

Quanto aos receios de que os pacientes mais pobres estariam em desvantagem com o aumento da escolha e da concorrência, não existe, segundo Bloom *et al.* (2011), evidência nesse sentido.

As diferenças entre os resultados obtidos com as duas vagas de reformas salientam a importância da informação (Propper, 2012). Embora, em 2000, a informação não fosse perfeita, era melhor do que a existente em 1990, permitindo aos médicos afastar os doentes dos hospitais locais com piores desempenhos. Como os preços não faziam parte do processo de escolha, não era preciso pensar no *tradeoff* preço-qualidade.

E. Requisitos para a sua Implementação

A implementação desta medida exige que sejam observadas algumas condições (Le Grand, 2007, p. 105 e seguintes):

- / 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.** Mesmo nos locais onde existem monopólios geográficos é possível introduzir concorrência pelo mercado num determinado período. Se os doentes tiverem necessidade de percorrer grandes distâncias, as alternativas de prestação podem não ser reais, subsistindo o problema do transporte, sobretudo para os doentes de contextos económicos mais desfavoráveis. Assim, há que assegurar a cobertura destes custos de transporte e de viagem.
- / **Facilidade de entrada.** A entrada de novos concorrentes no mercado, sobretudo em áreas onde existe escassez, deverá ser facilitada. Um exemplo é dado pelo Reino Unido que, durante um

certo período de tempo, assegurou preços mais elevados e um certo nível de serviços aos prestadores independentes (*Independent Sector Treatment Centres*). Dados do *Department of Health* (2006) sugerem que estas entidades são mais produtivas, têm menores demoras médias e são mais inovadoras do que as equivalentes do NHS (segundo Le Grand, 2007, p. 110).

- / **Facilidade de saída.** Para este modelo funcionar é essencial a existência de custos para as instituições que obtêm piores resultados. Não existindo riscos de **falência**, desaparecem os incentivos para que se alcancem os resultados desejados. Se um hospital não tem a qualidade desejada, os seus potenciais utilizadores não o escolhem, as suas receitas diminuem e irá à falência²⁹. Porém, este modelo exacerba um potencial problema: o perigo de intervenções políticas no sentido de tentar evitar essa falência. A solução proposta por Le Grand (2007) é deixar essa decisão para uma entidade reguladora independente e não para os decisores políticos.
- / **Medidas que assegurem a concorrência efetiva entre os prestadores** (como por exemplo, impedindo acordos para aumentar preços, dividir o mercado através de territórios exclusivos, acordos de criação de monopólios, etc.). Mais uma vez, a entidade reguladora deverá ter aqui um importante papel, assegurando através de uma regulação efetiva, vigilante e consequente que o resultado não é uma deterioração da qualidade dos serviços prestados ou o aumento dos preços.

Nas entrevistas realizadas no âmbito deste trabalho (ver Anexo II), identificaram-se alguns problemas que podem desvirtuar este processo, nomeadamente: (i) concorrência desleal por parte de institutos e universidades públicas (que concorrem diretamente com empresas privadas, mas beneficiam de apoios públicos, custos de trabalho inferiores e menor carga fiscal); (ii) prazos médios de pagamento muito elevados que prejudicam sobretudo as empresas de menor dimensão, favorecendo a concentração dos mercados; (iii) e a instabilidade do enquadramento regulamentar e legislativo que desincentiva a entrada de empresas no mercado.

Em segundo lugar, para evitar a **desnatação**, os sistemas de pagamento não podem ser tais que não haja interesse em tratar alguns grupos de doentes. Num sistema de preços fixos, os hospitais tentam atrair os utentes com custos de tratamento esperados inferiores ao preço que irão receber e excluir (*dump*) pacientes com custos esperados acima daquele preço. Alguns fatores desfavorecem ou limitam a desnatação pelos hospitais e pelos clínicos gerais (Le Grand, 2007, p. 122):

²⁹ Um estudo da Deloitte (2011) sugere que, pelo menos, se criem condições para encerrar serviços que deixem de ser competitivos (p. 69).

- / Conhecimento - quem toma a decisão de aceitar ou não o doente tem informação que lhe permita distinguir um doente de baixo risco de um doente de elevado risco?³⁰
- / Questões éticas - mesmo considerando como válido que os prestadores se guiam por interesses financeiros, a sua função utilidade terá o bem-estar dos utentes como um argumento;
- / Motivação intelectual - os casos mais difíceis representam um maior desafio e oportunidade de aprendizagem.

Note-se ainda que, como salienta LeGrand (2007), nos hospitais, os incentivos para não efetuar a desnatação estão muito associados aos médicos, enquanto os incentivos diretos à desnatação existem do lado dos gestores. Como quem toma a decisão clínica são os médicos, o risco de desnatação estará potencialmente atenuado.

Por fim, a escolha tem de ser **informada**. Nos cuidados de saúde isto é claramente um problema, já que a informação relevante tem um caráter 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 com base em informação que lhes permita avaliar a disponibilidade (tempo de espera por especialidade e tipo de atividade), localização (proximidade geográfica e temporal) e qualidade das diversas alternativas (Ribeiro *et al.*, 2011, p. 260). Esta informação tem de ser relevante, válida, fiável, objetiva e transparente, como clarifica Barros (2012). Isto exige sistemas de informação que permitam uma supervisão e avaliação clara dos aspetos de qualidade.

Nalgumas situações particulares, como no caso dos hospitais em Parceria Público-Privada, podem ser necessários ajustamentos específicos já que, como salientam Ribeiro *et al.* (2011, p. 260), os contratos de gestão incluem penalizações associadas à prestação de atividade assistencial fora do perfil assistencial e da área de influência definida.

Uma observação final deve ser efetuada. Existem limites à aplicação do modelo escolha-concorrência a todos os tipos de cuidados de saúde (Le Grand, 2007, p. 98). Por um lado, os doentes mais graves podem não ter capacidade para o fazer e podem ter que se apoiar noutros que possam fazer as escolhas por si. Há ainda casos em que os doentes podem preferir não escolher (porque estão debilitados ou fracos).

³⁰ Barros (2012) esclarece que pagar de acordo com o resultado não resolve o problema de seleção de doentes, porque esta pode ser feita com base nas condições que, em média, asseguram um melhor resultado. Eventuais soluções são: (i) fundos de compensação *ex-post*, que, quando bem concebidos, podem reduzir esses incentivos à desnatação; (ii) cláusulas contratuais para casos extremos de custo muito elevado.

Por outro lado, em certo tipo de serviços (por exemplo, de elevada tecnologia), a necessidade de concorrência tem vindo a ser defendida simultaneamente com a defesa da importância de consolidação e de integração vertical para alcançar uma maior qualidade clínica. Existe evidência crescente da associação entre volume e *outcomes* (Propper, 2012), embora os estudos existentes não consigam distinguir se é a quantidade que determina a qualidade ou o inverso (Gaynor e Town, 2012). Com efeito, pode acontecer que a realização de mais procedimentos possibilite a aprendizagem (*learning by doing*) ou a realização de investimentos de melhoria da qualidade. Neste caso, seria a quantidade a determinar a qualidade. Porém, pode também acontecer que os doentes sejam atraídos para os hospitais com melhores resultados (efeito seleção). Na primeira hipótese, mercados mais concentrados podem permitir uma melhoria dos resultados. Num país de pequena dimensão como Portugal, em certo tipo de procedimentos, poderá haver lugar apenas para um (ou escassos) prestador(es), como no caso dos transplantes, impedindo a escolha. A Inglaterra tem experiência de consolidação através de redes de hospitais que estão ligados entre si para prestarem cuidados de elevada qualidade a doentes com cancro, ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (Propper, 2012).

A necessidade de se definirem centros de elevada diferenciação, nomeadamente no que diz respeito a patologias onde o grau de complexidade do tratamento é maior, não deve ser colocada em causa pela liberdade de escolha. O que se propõe é que a liberdade de escolha seja generalizada para certos tipos de serviços: consultas de especialidade, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, intervenções cirúrgicas mais frequentes, etc. Para cuidados relacionados com serviços de maior intensidade tecnológica e onde a escala mínima para atingir um certo nível de qualidade essencial é mais elevada, os serviços seriam concentrados.

F. Impacto Previsto

Com esta medida espera-se, simultaneamente: (i) um aumento da competitividade; (ii) contribuir para garantir a sustentabilidade, ao possibilitar um aumento da eficiência; (iii) assegurar o acesso e a qualidade e (iv) promover o emprego qualificado.

Ao eliminar os prestadores menos eficientes, consegue-se induzir um comportamento de procura permanente de melhorias, inovação nos processos e nos serviços que conduzam a uma diminuição de custo sem comprometer a qualidade. O aumento da pressão competitiva resultará numa mais eficiente afetação de recursos.

Ao permitir aos utilizadores escolher 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.

Assim, espera-se que esta medida tenha, sobretudo, impacto no elo da prestação de cuidados de saúde e, indiretamente, em toda a cadeia de valor.

G. 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 reguladora.

Numa segunda fase, a liberdade de escolha de cuidados deve ser extendida 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 reguladora definir os critérios a que essa informação deve obedecer.

H. Ações a Desenvolver

As ações a desenvolver seriam as seguintes:

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
1. Constituição da entidade reguladora que controlará a performance das unidades de saúde e decidirá sobre o seu encerramento.	Ministério da Saúde
2. Definição dos critérios de prestação de informação a que as unidades ficam sujeitas.	Entidade Reguladora

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
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 cumpram	Entidade Reguladora

I. Potenciais Desenvolvimentos Futuros

Um objetivo último desta medida é criar incentivos para que o cidadão adote estilos de vida saudáveis e minimize comportamentos de risco. A quase gratuitidade dos cuidados de saúde reduz a motivação económica para a prevenção da doença e para a manutenção do estado de saúde a um nível elevado, impondo sobre toda a sociedade o custo de opções individuais. Introduzir incentivos financeiros para o cidadão que o consciencialize para as vantagens da prevenção e para os riscos dos comportamentos que eventualmente adota é fundamental para que a prevenção seja mais valorizada.

Um instrumento recente para alcançar este objetivo é a instituição de contas individuais de saúde, que procuram combinar uma maior liberdade de escolha por parte dos utentes com um aumento do grau de corresponsabilização pelas opções tomadas. De uma forma genérica, o beneficiário tem ao seu dispor um montante financeiro que pode utilizar para o pagamento de cuidados médicos, beneficiando diretamente de escolhas que maximizem a relação custo/valor. O utente torna-se simultaneamente o utilizador e o pagador, aumentando a sua perceção sobre as consequências financeiras das decisões tomadas.

O princípio consiste em que, ao colocar-se nas mãos dos utentes a decisão sobre a que prestador recorrer e como gerir intertemporalmente as opções de procura de cuidado de saúde, alinhar-se-ão os incentivos e as decisões passarão a refletir um balanço mais aproximado entre a totalidade dos custos e dos benefícios. Os objetivos a alcançar são os seguintes:

1. Garantir que o beneficiário tem todo o interesse em se informar sobre qual o prestador e qual a opção de tratamento que maximiza o valor que retira por cada euro gasto.
2. Permitir ao utente efetuar uma escolha livre, mas informada, sobre cuidados de saúde procurados.
3. Criar incentivos para que o beneficiário consuma apenas cuidados médicos que proporcionam um benefício líquido positivo para a sociedade.

4. Gerar incentivos para que o utente se preocupe mais em manter um estado de saúde elevado e não apenas em recuperar de choques sobre o seu estado de saúde, mantendo estilos de vida saudáveis e dando maior importância à profilaxia.
5. Motivar os beneficiários a pouparem para momentos da vida em que é mais provável que tenham necessidade acrescida de recorrer ao sistema de saúde.
6. Obrigar os prestadores a clarificar os níveis de qualidade dos serviços que oferecem para que, através da concorrência, se mantenham os mais capazes de garantir melhores propostas de valor.
7. Potenciar uma relação mais próxima entre o utente e a rede de cuidados primários, em particular com a equipa que o acompanha, que servirá de apoio e de referência nas escolhas efetuadas.

A racionalidade que suporta esta proposta é linear. Os consumidores são, em várias situações, os decisores em última instância da quantidade e do tipo de cuidados procurados e são quem toma opções quotidianas com consequências sobre o seu estado de saúde. Para se ter um impacto significativo sobre a evolução e estrutura da procura de cuidados de saúde, é decisivo alterar o enquadramento e conjunto de fatores que determinam as escolhas dos utentes.

A existência de cobertura de seguro, seja ele público ou privado, induz comportamentos de risco moral, tanto *ex-ante* (diminuindo os incentivos para que se evitem choques aleatórios sobre o estado de saúde), como *ex-post* (levando os consumidores a utilizarem recursos acima do que seria socialmente desejável).

Aumentar a participação financeira do utente na utilização dos serviços, tornar mais perceptível o custo inerente aos serviços que utiliza, permitir a transferência de recursos financeiros para momentos da vida em que a necessidade de cuidados está mais presente, atribuir ao indivíduo a responsabilidade das opções que faz, são tudo instrumentos que minimizam comportamentos de risco moral. Conjuntamente com mecanismos de compensação e de transferência entre níveis de rendimento e de estados de saúde minimizam-se problemas de iniquidade.

A filosofia de aumentar o grau de envolvimento dos utentes no processo de escolha tem assumido diferentes modalidades. Duas aplicações têm vindo a ser implementadas em diferentes países.

A primeira consiste na criação de contas poupança saúde. Esta opção consiste em permitir a cada cidadão que destine uma parte dos descontos que efetua para uma conta individual que terá como finalidade o financiamento de despesas em saúde do seu agregado familiar. Essa opção vincularia o indivíduo ao pagamento de copagamentos/taxas moderadoras mais elevadas, mas permitir-lhe-ia também beneficiar em momentos futuros dos gastos não efetuados no presente. A vantagem em manter um *stock* de saúde elevado torna-se mais notória para os cidadãos, que deverão utilizar a rede de cuidados

primários para obter aconselhamento no momento da escolha. Singapura, Estados Unidos são os países mais referidos como exemplos de implementação de contas poupança saúde.

Em 1984, Singapura implementou um sistema de saúde construído em torno da obrigatoriedade de todos os cidadãos constituírem contas poupança saúde através da dedução de contribuições sobre os salários. Dessas contas, os beneficiários podem pagar despesas em saúde que respeitam a si mesmo ou dependentes diretos, tendo total liberdade de escolher o prestador que pretendem, público ou privado. Para garantir que os cidadãos não ficam sujeitos a risco financeiro, o Estado oferece seguros de cobertura de riscos catastróficos a baixo custo. Mais recentemente, a África do Sul optou por um sistema semelhante.

Nos EUA, os cidadãos que possuem seguros com elevadas taxas de cosseguro têm a possibilidade de contribuir todos os anos para uma conta poupança, que utilizam para pagar a parte das suas despesas de saúde não coberta pelo seguro. Estas contas têm benefícios fiscais e permitem aos titulares transferirem para os anos seguintes o saldo não utilizado. Vários estudos recentes demonstram que esta opção tem sido selecionada por famílias de rendimentos mais elevados, mas que tem efetivamente contribuído para a redução da tendência de crescimento da despesa com cuidados de saúde.

A segunda aplicação, mais enquadrável no nosso atual sistema de saúde, é utilizada para o financiamento do tratamento de doenças crónicas, através de contas orçamento saúde. Esta opção consiste em atribuir a utentes com determinadas patologias crónicas um orçamento anual, que é gasto com as necessidades inerentes à condição identificada. Este orçamento não servirá para financiar cuidados médicos a que o utente recorreria se não tivesse a condição.

Para garantir o uso correto do montante em causa, a despesa é validada pela estrutura de acompanhamento do doente, seja ela a equipa de cuidados primários ou a entidade responsável pela gestão da doença crónica. Nesse sentido, o universo de despesas abrangidas podem ir desde equipamentos, a meios complementares de diagnóstico e tratamento ou, por exemplo, apoio domiciliário.

No Reino Unido, esta medida toma a forma de Orçamentos Pessoais de Saúde e consiste num montante financeiro negociado entre o NHS e o utente e que fica ao dispor deste para suprir as suas necessidades de cuidados médicos. A utilização deste valor é discutida com a equipa responsável pela ligação com o NHS, que aconselha, mas não determina o prestador ou o cuidado selecionado. Este sistema permite que cada utente saiba que montante tem ao seu dispor, o custo do que paga e ter a liberdade de escolher a sua aplicação com o aval do responsável de acompanhamento. Em alternativa, o beneficiário pode optar por ter uma terceira entidade a gerir-lhe o orçamento. Neste modelo, o orçamento disponibilizado procura

responder às necessidades inerentes à existência de situações crónicas, não cobrindo despesas com cuidados de emergência ou visitas regulares a cuidados primários.

Na Holanda, os orçamentos pessoais cobrem cuidados domiciliários e cuidados continuados, entre outros. O montante que o governo holandês afetou a orçamentos individuais correspondeu a cerca de 10% do montante total gasto em doenças crónicas despendido em 2010.

Independentemente da modalidade selecionada, dever-se-ia instituir um mecanismo de solidariedade que permita financiar os indivíduos de menor rendimento e os que, por razões a que são alheios, evidenciam níveis de saúde mais reduzidos.

Uma mudança desta profundidade é implementada na expectativa de que o consumidor tenha os incentivos financeiros apropriados para escolher o prestador e o tipo de cuidados que lhe oferece a melhor relação custo/qualidade, bem como que tome ao longo da vida as decisões que melhor se adequam a uma gestão do estado de saúde que minimize os riscos sobre o mesmo.

Porque coloca o consumidor a escolher, esta medida terá impactos sobre os prestadores, que terão de garantir a melhor relação custo/valor e encontrar os mecanismos para tornar pública essa vantagem competitiva. Porque incentiva a inovação, nomeadamente a inovação disruptiva, e porque desenvolve o mercado de procedimentos profiláticos, tem também impacto sobre os produtores.

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

A. Descrição da Medida

A 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 (MCDT) e de alguns cuidados de saúde hospitalares que se revelem necessários. 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 saúde³¹. Atualmente, nos hospitais, os incentivos relacionados com o desempenho (em termos de acesso, desempenho económico-financeiro, desempenho assistencial e objetivos da região) ascendem a 4% do valor do contrato programa (ACSS, 2012a). Nas USF (independentemente do seu modelo), as equipas multiprofissionais têm acesso a incentivos institucionais, que são função do cumprimento de diversos objetivos em termos de acesso, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência (Portaria 301/2008 e ACSS, 2012b) e que se traduzem na distribuição de informação técnica, participação em conferências, simpósios, apoio à atividade de investigação, etc. (Decreto-Lei 298/2007). Nas USF do modelo B existem ainda incentivos financeiros para os médicos, enfermeiros e administrativos com base em indicadores de produtividade e qualidade.

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, sendo depois 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 (Schokkaert *et al.*, 1998).

³¹ Note-se que o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar efetuou uma proposta com certas semelhanças a esta no que diz respeito à remuneração dos profissionais dos hospitais (Ribeiro *et al.*, 2011, p. 162). A experiência piloto de remuneração proposta teria as seguintes componentes: componente base (que reflita a qualificação e o cargo do profissional) + componente associada à atividade (qualidade e quantidade) + componente associada aos objetivos organizacionais (adoção dos atuais indicadores de qualidade e eficiência).

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 (na sequência da instituição da liberdade de escolha exposta na medida II). Além disso, 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.

B. Problemas que Procura Resolver

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.³² 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 (OCDE, 2010, p. 106). 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, dando origem a desperdícios e ineficiências. Um hospital recebe um determinado pagamento por uma intervenção cirúrgica, mas esse pagamento não é ajustado caso surjam complicações previsíveis, ou se não houver qualquer benefício associado a esse procedimento. Independentemente de um médico ou de um hospital obter bons resultados (clínicos ou outros), o seu pagamento final não depende desse desempenho, não existindo, por isso, nos mecanismos tradicionais, incentivos para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

O pagamento por capitação ajustada pelo risco oferece os incentivos apropriados aos agentes (dos cuidados de saúde primários) que efetivamente têm poder de determinação da procura de diversos tipos de cuidados, nomeadamente MCDTs. Simultaneamente, ao aumentar o peso da componente associada

³² Uma das questões mais frequentemente referidas nas entrevistas realizadas foi a dificuldade de articulação e de imputação de custos a cada um dos níveis da prestação de cuidados de saúde. A avaliação que muitos dos atores efetuam é que o sistema hospitalar está sobrecarregado com custos que deveriam estar a ser imputados aos cuidados primários ou continuados.

aos resultados na remuneração dos profissionais e das restantes instituições de saúde, são concedidos os incentivos para que se mantenham os utentes saudáveis.

Uma vantagem acrescida 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. O risco financeiro é transferido para o prestador e, como tal, apenas acontecimentos imprevisíveis podem afastar significativamente os custos totais das previsões iniciais. Consequentemente, fica facilitado 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. Neste domínio, se a descentralização da função pode simplificar o processo, 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.

O utente passa a ser confrontado com uma relação mais simples e transparente com o sistema de saúde, sabendo que a sua ligação privilegiada é com o prestador de primeira linha de cuja lista faz parte. Cabe a este direcioná-lo, dentro do sistema, para o tipo de cuidados mais adequado às suas necessidades, que lhe proporcione a melhor relação custo/valor e minimize o seu recurso futuro a cuidados de saúde. Dessa forma, consegue-se ainda colocar uma maior ênfase na vertente preventiva da saúde.

Havendo liberdade de escolha, institui-se um enquadramento fomentador da concorrência entre os prestadores que os obrigará a implementarem estratégias de inovação e de diferenciação assentes na qualidade do serviço. Aliás, para maximizar o seu retorno financeiro, o prestador terá toda a motivação em identificar as tecnologias e estratégias de acompanhamento e aconselhamento dos utentes que são suscetíveis de gerar mais valor.

C. Suporte Teórico

Uma reforma de cuidados primários deve criar incentivos para que se promova o bem-estar e a prevenção, uma utilização cuidada dos recursos existentes e uma coordenação eficaz dos cuidados prestados a doentes crónicos. Um modelo de financiamento assente na capitação pode potenciar todos

esses fatores. O suporte para a implementação de modelos assentes na capitação ajustada pelo risco resulta da convicção de que essa é a forma de se encorajar a criação de valor em saúde.

A questão essencial nos modelos de capitação reside na capacidade de se proceder a um ajustamento adequado do risco de cada utente. Um ajustamento insuficiente coloca o prestador sob um risco acrescido e a que responde evitando utentes com situações mais complexas e, por isso, mais imprevisíveis ou diminuindo a quantidade e qualidade de serviços que proporciona. As desvantagens frequentemente associadas a um financiamento assente na capitação são a existência de incentivos para que os prestadores selecionem os utentes a que garantem cuidados e a possibilidade de se reduzir excessivamente os cuidados que são prestados (Goni, 2004).

A fórmula perfeita conseguiria prever a variabilidade e heterogeneidade de cada utente no que diz respeito à sua necessidade de recursos (Meenan *et al.*, 2003), minimizando-se o risco de pagar em demasia por doentes com risco reduzido e de forma insuficiente por utentes de risco elevado. A questão é pertinente não só por questões de eficiência, mas também de equidade.

A fórmula da capitação pode incluir (Costa *et al.*, 2008 com base em Iezzoni, 2003): variáveis demográficas (como o sexo, a idade ou a etnia), informação clínica (por exemplo, diagnósticos prévios realizados, estado funcional e saúde mental), fatores socioeconómicos (como a educação), ou mesmo comportamentos e atividades relacionadas com a saúde (utilização de álcool e tabaco, utilização de drogas ilícitas, obesidade) ou atitudes e perceções (preferências e expectativas pelos serviços de cuidados de saúde).

Com base em dados de utilização do *Medicare Advantage*, Ash e Ellis (2012) propõem um modelo de capitação que determina níveis de atividade de cuidados primários baseado em cerca de 650 parâmetros e que evidencia uma capacidade preditiva para explicar 67% da utilização de cuidados médicos.

Este modelo de remuneração transfere o risco financeiro inerente à necessidade de repor o estado de saúde do utente ou do segurador para o prestador, o que poderá conduzir a fenómenos de desnatação, ou seja, de discriminação de doentes com risco intrínseco mais elevado e que, dessa forma, tenham uma maior variabilidade de consumo de cuidados médicos não prevista pelo modelo de correção do risco utilizado.

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 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 esperado, ou seja, do que é determinado pelo próprio modelo. Isso permitirá também que se possa ir progressivamente exigindo mais de todo o sistema. À medida que mais informação é incorporada na determinação da quantidade e do valor de cuidados primários apropriados para um utente com certas características, a nova norma reflete a eficiência adquirida imputando um menor valor a esse mesmo utente. A progressiva introdução de registos eletrónicos permitirá alargar os determinantes do modelo de determinação do grau de risco, que hoje se concentram na idade, sexo e diagnósticos passados, para passarem a incluir variáveis ou fatores não clínicos.

Adicionalmente, porque o controlo e registo de todos os episódios de utilização do sistema de saúde são transferidos do financiador para o prestador, o montante pago deve incluir uma componente que cubra esses encargos, permitindo aos prestadores que são mais eficientes nessa gestão administrativa a obtenção de maiores ganhos.

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 redução 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.

Uma das principais fontes potenciais de aumento da eficiência nos cuidados primários é a reorganização das funções das várias classes profissionais, assegurando que os profissionais melhor remunerados concentram a sua atividade nas funções de maior valor acrescentado. 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 contato 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 realizar apenas as tarefas de maior valor acrescentado a um leque alargado de doentes. Tal alteração permitiria não só reduzir os custos do acompanhamento dos utentes, como ainda ultrapassar as limitações atuais resultantes do número limitado de médicos de família. Como, com a organização proposta, cada médico de família poderia acompanhar um maior número de utentes, seria possível garantir que todos os cidadãos teriam acesso ao seu médico e ao seu enfermeiro de família. Isso facilitaria, igualmente, que parte da relação com os utentes pudesse ser efetuada por meios telefónicos ou eletrónicos. Esta equipa pode, numa fase posterior e em função dos padrões de utilização da população abrangida, ser reforçada com especialistas nas áreas de utilização mais recorrente.

Em suma, a estrutura de pagamentos à equipa de acompanhamento médico nos cuidados de saúde primários deve basear-se nos seguintes princípios:

- / deve minimizar os riscos atuariais que podem incidir sobre os prestadores, que devem responder apenas pela sua *performance*;
- / deve refletir o valor do acompanhamento médico não presencial de forma a incentivar este tipo de apoio;
- / deve remunerar os serviços prestados de aconselhamento do utente nas suas escolhas de serviços complementares;
- / deve incentivar a implementação de sistemas de informação que controlem custos e que permitam a melhoria da qualidade;
- / deverá tendencialmente compensar os prestadores pelos custos que conseguem reduzir na utilização de cuidados noutros níveis do sistema, em particular que possam beneficiar da redução de custos de hospitalização;
- / deve remunerar acréscimos de qualidade mensuráveis e fomentar a melhoria contínua;
- / deve garantir uma monitorização permanente da qualidade e intensidade dos serviços prestados, minimizando comportamentos de seleção de utentes.

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**. Nos últimos 5 anos, tem sido notável a expansão da utilização de mecanismos deste tipo nos cuidados de saúde (Christiansen e Conrad, 2011).

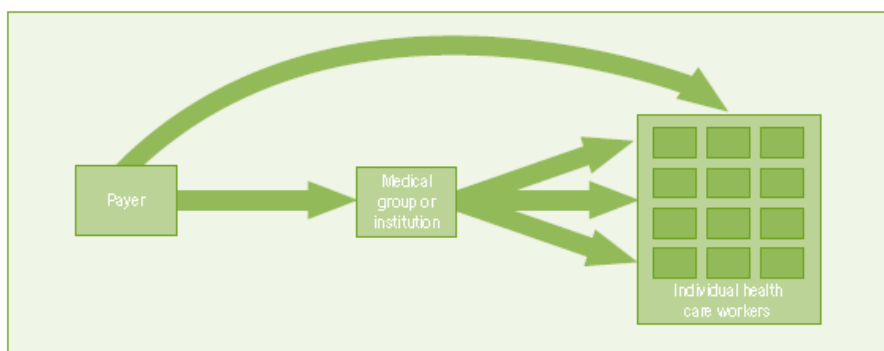
Maynard (2012) sugere que se reflita sobre as seguintes questões na adopção deste tipo de remuneração: (i) desempenho de quem?; (ii) que desempenho?; (iii) incentivos financeiros ou não financeiros?; (iv) dimensão dos incentivos.

Desempenho de quem?

Na maioria dos casos, os incentivos são dirigidos às **instituições** e aos **profissionais**, mas existem até situações, com uma importância crescente, em que os incentivos são dirigidos aos **doentes** (OCDE, 2010, p. 120). Procura-se criar incentivos para que os doentes adotem comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Assim, por exemplo, pagariam menos taxas moderadoras, menores franquias e prémios de seguro mais baixos, consoante as medidas tomadas no sentido de promover a manutenção da sua saúde

(Trisolini in Cromwell *et al.*, 2011, p. 353). Outras medidas pagam aos profissionais de saúde, às equipas ou às instituições de saúde em função do seu desempenho. Há ainda a hipótese de repartir os incentivos pelos diversos *stakeholders*, mas não existe ainda evidência que ajude a determinar a percentagem que deve ser afeta a cada um deles (Golden e Sloan, 2008). 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 (Trisolini in Cromwell *et al.*, 2011) e existe a possibilidade de estas repartirem, do modo que entenderem, esses incentivos pelas equipas e pelos colaboradores (Esquema 2).

Esquema 2: Modos de Pagamento pelo Desempenho



Fonte: OCDE (2010, p. 112, figura 4.2.), com base em Scheffler (2008)

Como as instituições dispõem de mais informação, têm maior capacidade de determinar a melhor forma de afetação pelos profissionais, pelo que a maioria dos programas de P4P opta por efetuar pagamentos às instituições (OCDE, 2010, p. 112). Em qualquer caso, a recompensa direta ao profissional de saúde é mais difícil de estruturar, porque existem diferenças de *case mix*, elevados custos de monitorização e menor fiabilidade, quando um determinado indivíduo trata um pequeno número de doentes. Por exemplo, certos médicos podem ter uma quota superior à média de doentes com condições complexas, ou que exigem tratamentos intensivos. Os ajustamentos são muitas vezes difíceis de fazer, porque não existem dados ou a sua recolha envolve custos avultados. Não existindo a possibilidade de se avaliar ou medir o esforço de cada um, coloca-se o problema de *free-rider*: o trabalhador tenderá a diminuir o seu esforço, porque a sua recompensa se baseia sobretudo no esforço dos colegas. Este problema será particularmente relevante, quando existe uma distribuição idêntica por todos.

Na medida em que muitos problemas de qualidade resultam de deficiências ao nível dos sistemas de gestão, Rosenthal e Dudley (2007) defendem um esquema misto. Para as questões de desempenho que podem ser melhoradas mais facilmente através de uma atuação conjunta (por exemplo, criando sistemas de informação que facilitam a prescrição), os incentivos devem ser dirigidos aos grupos. Para os

comportamentos que estão sob o controlo do médico (por exemplo, aconselhamento sobre cessão tabágica e criação de registos), os incentivos podem ser mais eficazes se dirigidos a estes³³.

Segundo Maynard (2012), há alguma evidência de que é preferível dar incentivos às equipas clínicas. A título de exemplo, o esquema de incentivos do NHS inglês para os clínicos gerais, nos cuidados de saúde primários, estava dependente do desempenho das equipas e permitiu melhorias do desempenho. Aliás, como realçam Barros e Olivella (2011), na prestação de cuidados de saúde, e em particular nos hospitais, é difícil observar a contribuição de cada profissional para o resultado final. Estes autores defendem que as atividades realizadas no interior de um hospital são realizadas por “equipas” e considerando a produção de saúde e bem-estar como um todo, esta **ideia de equipa transcende o hospital e abrange cuidados continuados e cuidados de saúde primários**. Se o desempenho do enfermeiro for medido como o número de visitas que faz a cada doente, essa medida é da responsabilidade individual do enfermeiro³⁴. Mas, considerando que o desempenho é a diferença entre o estado de saúde final do doente e o seu estado de saúde inicial, então ele resulta dos esforços conjuntos do médico e do enfermeiro. Isto conduz à questão seguinte: que desempenho?

Que desempenho/resultados?

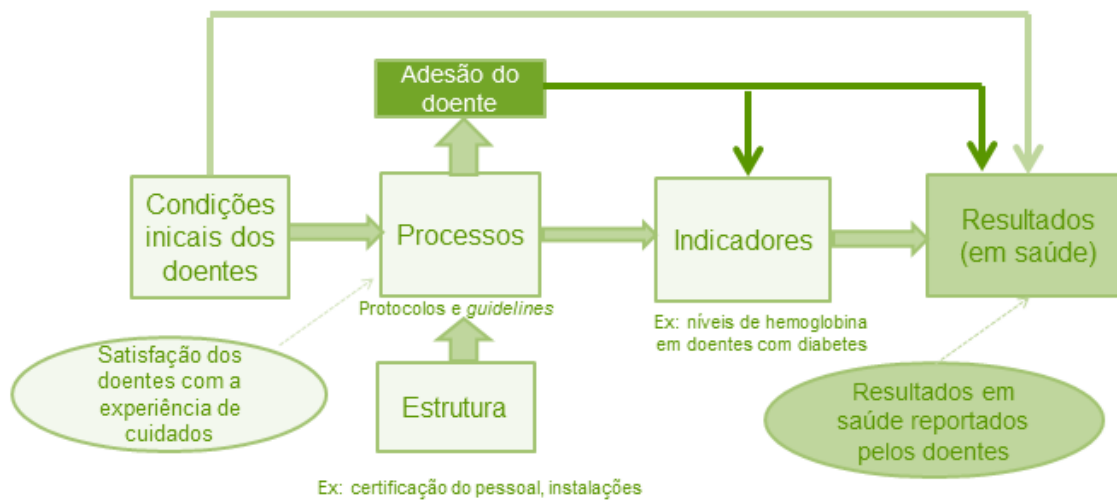
Podem estar em causa medidas económico-financeiras ou relativas à qualidade. Por vezes, o termo P4P é reservado para situações em que a remuneração depende da qualidade dos cuidados prestados. Importa, então, procurar avaliar e medir essa qualidade. O primeiro problema é que a qualidade é multidimensional. O conceito de qualidade envolve diversos aspetos (OCDE, 2010, p. 107): (i) efetividade clínica; (ii) segurança do doente e (iii) experiência do doente (por exemplo, se foi tratado corretamente e com simpatia ou se esperou pouco tempo).

Para medir resultados, há que refletir sobre a cadeia de causalidade que lhes está subjacente (ver Esquema 3). Porter e Guth (2012) apresentam o exemplo de uma situação de carcinoma, em que os resultados possíveis são determinados pelas condições iniciais pelo doente, bem como pelo grau em que os doentes respeitam os tratamentos prescritos (embora não existam, por norma, registos deste cumprimento). As condições iniciais relevantes incluem o estágio de doença, o tipo de cancro, a saúde em geral e as comorbilidades, a idade, fatores físicos e psicológicos.

³³ Inclusivamente, segundo Gunderman *et al.* (2010), a evidência subjacente ao pagamento do desempenho tende a ser mais robusta para os hospitais do que para os médicos (p. 105): “*We do not really know if pay for performance works as a basis for physician payment*”.

³⁴ Aliás, neste caso, na prática, estaria em causa um pagamento por ato.

Esquema 3: A Medição do Valor em Saúde



Fonte: Porter, 2010, anexo 1

Os indicadores de desempenho usados raramente incluem a mortalidade e morbilidade (OCDE, 2010). Por exemplo, a sobrevivência a um cancro do seio sem metástases é frequentemente superior a 10 anos e seria difícil recompensar os prestadores por *outcomes* tão longínquos no tempo. Na medida em que o estadio em que o carcinoma é detetado depende da facilidade de acesso e dos programas de rastreio e de vigilância, muitas vezes opta-se pela medição dos níveis de rastreio, pressupondo que esses processos conduzem a melhores resultados em saúde. O que se pretende, verdadeiramente, é maximizar a probabilidade de sobrevivência, a partir do momento em que o diagnóstico é realizado. Outros indicadores (ou *outcomes* intermédios) habituais são os níveis de pressão arterial, de açúcar no sangue ou de colesterol.

De modo análogo, a satisfação dos doentes com os *resultados* é essencial, porque muitos resultados estão relacionados com o estado funcional, com a dor e com outros aspetos que apenas o paciente tem condições para avaliar, embora a maioria das abordagens de mensuração da satisfação dos doentes se foque no *processo* ou na experiência.

Porter e Teisberg (2007) são muito críticos da adoção de medidas relacionadas com os processos, salientando:

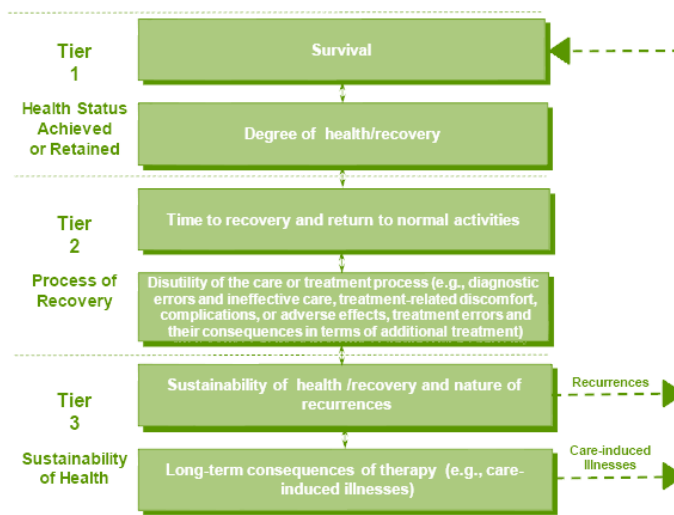
“There is growing momentum for programs that purport to reward physicians for achieving good performance, as measured by various types of quality indicators. Although such programs often have names that suggest a focus on results, in practice the vast majority rely on process standards and compliance with process guidelines. (...) Standardization on evidence-based processes is seductive

because of the obvious and immediate benefits of reducing substandard care. However, basing reporting and rewards on process compliance is the wrong way to go. It will lead inevitably to the micromanagement of medical practice. Practice guidelines tend to freeze today's best practices and retard innovation. Pay for performance will become a new vehicle for administrative control of medical practice. Measuring actual results, (...) is a far better alternative (...) One of the most basic tenets of modern management is that rewarding results is almost always preferable to micromanaging processes. Results measurement provides professionals with the information that enables learning and improvement, rather than constraining them by imposing rules and tracking compliance."

Porter e Guth (2012) defendem que não existe alternativa à medição dos resultados e custos conseguidos em saúde, de modo a maximizar o valor dos cuidados de saúde prestados. Os resultados devem ser medidos ao nível da situação clínica, englobando o conjunto de cuidados e a três níveis (Porter, 2010): "estado de saúde alcançado ou mantido", "processo de recuperação" e "sustentabilidade da saúde", de acordo com o exposto no Esquema 4.

Esquema 4: Tipos de Resultados

Figure 1. The Outcome Measures Hierarchy.



Fonte: Porter (2010) Anexo 2.

Quanto ao que serve de base à recompensa (Esquema 5), podem estar em causa valores absolutos ou relativos ou variações (positivas ou negativas) em determinados indicadores.

Esquema 5: Enquadramento dos Programas de P4P



Fonte: OCDE, 2010, p. 111, com base em Scheffler, 2008

Rosenthal e Dudley (2007, p. 742) afirmam que tem havido uma tendência para privilegiar desempenhos relativos e não absolutos, o que encoraja a concorrência. Porém, esta concorrência pode limitar a colaboração e a partilha de melhores práticas e pode manter ou criar hiatos de qualidade entre os melhores e os piores. Defendem, por isso, que 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). Cada prestador passa assim a ter um incentivo para prestar os melhores cuidados a cada doente que vê. Há ainda que refletir sobre o carácter financeiro ou não da recompensa, que se analisa no ponto seguinte.

Incentivos financeiros ou não financeiros?

Um dos problemas com a evidência existente é a dificuldade em separar os efeitos de incentivos financeiros (bónus ou penalizações) e não financeiros (reputação e pressão dos pares). É difícil saber se as alterações de comportamento estiveram associadas aos incentivos financeiros ou à medição comparativa de desempenho que influencia a reputação dos médicos e das instituições. É sabido que os relatórios de desempenho das instituições influenciam o comportamento dos prestadores (Hibbard *et al.*, 2005), mas não se sabe se os efeitos são substitutos ou complementares e como se podem isolar e quantificar.

Dimensão dos incentivos

Nas experiências realizadas nos EUA, até à data, os bónus de P4P têm sido inferiores a 5% dos pagamentos padrão. Há quem defenda que esse valor deveria atingir os 10% (Greenwald in Cromwell *et al.*, 2011), já que se concluiu que maiores incentivos produziam efeitos mais significativos. Algumas das

razões que estiverem subjacentes ao seu reduzido peso nos EUA foram (Trisulini in Cromwell *et al.*, 2011, p. 355): (i) preocupações quanto à validade e credibilidade das medidas de qualidade; (ii) controvérsias em torno das disparidades de pagamento aos prestadores; (iii) poder de mercado dos prestadores que resistiram a este tipo de medidas. Note-se ainda que, no Reino Unido, este programa se iniciou com o objetivo de aumentar os rendimentos dos clínicos gerais aceitando-se que, provavelmente, conduziria a custos mais elevados para o NHS, embora oferecesse incentivos para um aumento da qualidade dos cuidados (Roland, 2004 referido por Trisulini in Cromwell *et al.*, 2011, p. 355).

D. Exemplos Internacionais

Desde a década de 80, que se tem tentado implementar sistemas de pagamento baseados na capitação. Várias destas experiências falharam por incapacidade de se proceder a um ajustamento devido do risco, tornando vulnerável a posição do prestador que ficava com uma parte excessiva da sua remuneração associada a fatores que não podia controlar, mas também porque o tipo de cuidados abrangidos foi demasiado lato e a mensuração demasiado focada em custos e pouco em *outcomes*. A ausência de dados fidedignos e de metodologias estatísticas robustas, não permitiam muito mais do que ajustar a capitação pelo sexo e idade do utente, o que demonstrou ser insuficiente e gerador de opções que se revelavam contraproducentes.

No Canadá, algumas províncias utilizam modelos de capitação para afetar fundos às autoridades de saúde, com o ajustamento do risco a incluir também fatores socioeconómicos e os diagnósticos passados (Lu *et al.*, 2002).

Nos Estados Unidos, o programa Medicare Advantage paga às *Health Maintenance Organization* (HMOs) com base em regimes de capitação ajustada pelo sexo, idade, local de residência, grau de incapacidade, e estatuto institucional dos utentes. Os estudos empíricos conhecidos concluem que os utentes mais saudáveis eram os que mais recorriam a HMOs com esta modalidade de financiamento, pelo que não se materializou em redução de custos (Brown *et al.*, 1993). No entanto, os problemas de seleção dos beneficiários resultavam da insuficiência da formulação de capitação de determinar o verdadeiro risco atuarial.

Outro dos fenómenos detetados foi uma rotatividade grande dos utentes inscritos em cada um dos HMOs. Mais do que mudanças induzidas pela procura de uma melhor relação custo-valor, este processo resultava de criação de condições para a saída dos beneficiários mais onerosos, o que conduzia a uma disrupção da continuidade de cuidados, em particular na população mais doente (Dallek e Dennington, 2002).

Na Inglaterra, a capitação tem sido igualmente implementada tendo como base uma fórmula muito limitada de determinação do valor da capitação, tendo como fator individual a idade e como fatores agregados a morbilidade e dados socioeconómicos.

Na Holanda, a evolução tem sido na confluência dos modelos de capitação com os modelos de pagamento com base nos serviços prestados.

No que diz respeito aos efeitos das experiências internacionais de pagamento com base nos resultados, os estudos que se debruçam sobre estas questões, geralmente distinguem os incentivos criados com o objetivo de reduzir ou controlar custos, dos concebidos com o objetivo de melhorar a qualidade. Não existe evidência de que os primeiros tenham tido um impacto negativo na qualidade dos cuidados. Duas explicações possíveis são (Christianson e Conrad, 2011):

- / Não é clara, nestes trabalhos, a ligação entre redução de serviços e qualidade. Se a utilização era excessiva antes da modificação dos modos de pagamento, podem não existir efeitos negativos na qualidade.
- / A literatura reporta resultados num vasto leque de medidas de qualidade e *outcomes*, o que dificulta a deteção de padrões. Além disso, a medida mais utilizada de medição da qualidade (a mortalidade) pode não ser sensível às variações relativamente modestas encontradas nos incentivos financeiros na maioria dos estudos.

Quanto aos efeitos dos incentivos financeiros criados com o intuito de aumentar a qualidade, a evidência internacional é reduzida: há poucos estudos e de âmbito limitado e a maioria concentra-se em serviços de prevenção (Christianson e Conrad, 2011). Os resultados sugerem que o pagamento de incentivos para a melhoria da qualidade está muitas vezes associado a resultados positivos, mas não é clara a importância dos incentivos financeiros, porque estes são implementados em simultâneo com outras componentes de um esforço de melhoria global da qualidade. Os estudos salientam ainda algumas possíveis consequências indesejadas: (i) seleção de riscos favoráveis pelos prestadores e (ii) favorecimento das dimensões do desempenho que são recompensadas em detrimento de outras. Daí que, por vezes, se considere que os resultados obtidos em termos de qualidade são ambíguos. Existem ainda receios, segundo Christianson e Conrad (2011), de que estas medidas tenham efeitos apenas a curto prazo e que o desempenho possa diminuir para níveis ainda mais baixos do que os iniciais, caso os incentivos financeiros sejam removidos e que esta modalidade de pagamento possa **diminuir a satisfação intrínseca** associada ao trabalho, receando-se que este argumento seja particularmente relevante no caso dos médicos.

O pagamento pelo desempenho aos clínicos gerais no Reino Unido

Em 2004/2005, o NHS do Reino Unido introduziu um esquema de pagamento pelo desempenho aos médicos dos cuidados de saúde primários (Gravelle *et al.*, 2010). Todos os centros de saúde (*general primary care practices*) tiveram que reportar o seu desempenho, em 146 indicadores de qualidade, cobrindo os cuidados relativamente a 10 doenças crónicas. Em média cada centro de saúde tem 4 médicos. Este esquema permitiu aumentar o rendimento dos médicos em 25%, reduziu as horas de trabalho e aumentou a satisfação dos profissionais. O esquema recompensava os prestadores pela proporção de doentes elegíveis que recebiam os tratamentos apropriados. Os doentes elegíveis eram aqueles identificados pelos prestadores como tendo a doença relevante menos aqueles que eram excluídos (porque não se consideravam apropriados para tratamento). Golden e Sloan (2008) esclarecem que este contrato permitia aos médicos excluírem certos doentes com base no argumento que a inclusão de todos iria dar origem a fenómenos de **desnatação** (excluir doentes com condições mais graves que poderiam não responder tão bem aos tratamentos ou aqueles que à partida não se esperava que aderissem ao tratamento proposto). Segundo Doran *et al.* (2006) os médicos de família obtiveram uma mediana de 96,7% dos pontos disponíveis nos indicadores clínicos – valor muito superior ao objetivo de 75% fixado para o programa. Os resultados foram bons do ponto de vista da qualidade, mas os custos que lhe estiveram associados foram muito superiores ao antecipado. Porém, houve também evidência de “manipulação” (*gaming*) no reporte das exceções (Gravelle *et al.*, 2010). As verdadeiras exceções deveriam ser em função das características dos doentes, mas os autores verificaram que essas exceções eram também função do número de médicos por doente, do nível de concorrência potencial por outros centros de saúde, etc. Os indicadores do QOF (*Quality and Outcomes Framework*) destinavam-se a incentivar os médicos a tratar mais doentes (aumentar o numerador), mas existiam também incentivos a manipular os denominadores (doentes elegíveis).

Os acordos de partilha de risco nos medicamentos

Em alguns casos, particularmente quando estão em causa medicamentos novos e caros, pode ser difícil efetuar avaliações económicas satisfatórias, devido à existência de evidência limitada. O regulador pode optar por não reembolsar o medicamento, impedindo eventualmente o acesso a medicamentos promissores. Neste contexto, os acordos de partilha de risco ou baseados no desempenho são mecanismos relativamente recentes para lidar com este problema (Kanavos *et al.*, 2011).

Alguns países (por exemplo, Austrália, Alemanha, Itália, Reino Unido e EUA) têm experimentado celebrar contratos de partilha de risco com as companhias farmacêuticas, em situações desse tipo. Pugatch *et al.* (2010) efetuaram uma análise de acordos celebrados nestes países e concluíram que há, fundamentalmente, dois motivos que conduzem a este tipo de acordos. O primeiro é o preço (uma preocupação do pagador). Podem então surgir tetos de custo (anuais ou por doente) ou reduções de

preços (o preço inicialmente acordado pode variar consoante os resultados conseguidos na prática e, em certas condições, o custo poderá ser integralmente suportado pela empresa farmacêutica). O segundo é o desempenho - uma preocupação das companhias farmacêuticas, que apesar de acreditarem no seu produto, dispõem ainda de pouca evidência que o demonstre. Então, efetuam-se monitorizações do desempenho (que é, aliás, também do interesse do pagador) e observações do cumprimento das regras de tratamento (*compliance management*) por parte dos doentes. Com estes acordos, procura-se controlar custos, aumentar o acesso aos medicamentos (sobretudo inovadores) e melhorar os incentivos para a inovação.

Embora exista consenso quanto à sua importância, este tipo de acordos é recente e há necessidade de realizar mais experiências nesta matéria (Pugatch *et al.*, 2010). Os resultados obtidos são inconsistentes e a única certeza é que os custos de administração, negociação e gestão são elevados. Mesmo quando os objetivos foram atingidos, nem sempre os benefícios compensaram os custos associados.

Os pagadores têm de reconhecer os esforços e riscos associados ao desenvolvimento de novos medicamentos, assim como os riscos comerciais, financeiros e de regulação suportados pelas empresas farmacêuticas, quando o produto começa a ser comercializado. Por sua vez, os produtores têm de estar disponíveis para dar resposta a maiores exigências de divulgação de informação quanto à eficácia dos medicamentos e, por vezes, para comparticipar no financiamento (quando o custo efetividade for inferior ao antecipado ou quando o medicamento for prescrito em quantidades superiores às estimadas inicialmente).

Há acordos deste género em medicamentos utilizados em situações de esclerose múltipla, cancro, diabetes, transplante de órgão, artrite reumatoide, etc. Na área da oncologia, em Portugal, já existem acordos que estabelecem orçamentos anuais máximos com base na população que se estima vir a utilizar o medicamento. Se o orçamento for excedido, o encargo é da empresa farmacêutica (Espín *et al.*, 2011).

Para além dos acordos de partilha de risco, podem existir outros esquemas como a “gestão de doenças”, caso em que a empresa farmacêutica se torna responsável pela gestão da doença de certos pacientes ou sub-grupos da população, assegurando poupanças de custo por contrapartida de cobertura e preços favoráveis (Kanavos *et al.*, 2011).

E. 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. Liberto de uma função administrativa mais pesada, 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 a seleção correta dos indicadores de resultados que são selecionados. Essa necessidade é igualmente fundamental na codificação dos procedimentos utilizados para que haja comparabilidade da informação e sua utilização na determinação da fórmula de capitação.

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 (Porter e Guth, 2012). O ajustamento pelo risco deve mitigar a possibilidade a desnatação, em que existe um *cherry picking* dos doentes mais saudáveis, de modo a melhorar os resultados medidos.

A avaliação da qualidade exige informação (taxas de hospitalização, taxas de infeções nosocomiais, efetividade dos tratamentos) que nem sempre é recolhida. Determinar o que constitui a qualidade e conceber medidas apropriadas é um pré-requisito para a criação de esquemas eficazes de pagamento pelo desempenho e pode exigir investimentos em *hardware*, *software* e formação (OCDE, 2010, p. 107). Nas entrevistas realizadas no âmbito deste estudo (ver anexo II), foi salientada a importância de sensibilizar os profissionais de saúde para a recolha e reporte de informação necessária para a avaliação dos resultados em saúde. Sem uma **participação ativa e interessada dos profissionais de saúde**, a informação relevante poderá não ser disponibilizada.

Ao investir em sistemas que permitam obter informação sobre os resultados em saúde e os custos associados a cada doente, será possível concluir que muitos cuidados de saúde são prestados em instalações com excesso de capacidade (Porter e Guth, 2012, p. 42). Os cuidados de rotina são muitas vezes prestados em ambiente hospitalar que está muitas vezes subutilizado, existindo ainda *stocks* em excesso. A maioria dos médicos e dos administradores não tem consciência dos custos associados aos cuidados e menos ainda dos custos totais dos cuidados associados a determinadas situações clínicas.

Em suma, os fatores críticos de sucesso são (Leatt, Shortell e Kimberly, 2000):

- / 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.

F. Impacto Previsto

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.

Assim, 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, que pode não só responder às necessidades do utente com mais qualidade, mas também com menos 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.

Assim, se o impacto da medida incide essencialmente sobre o elo da prestação de cuidados, os efeitos dinâmicos desta alteração de financiamento deverão repercutir-se também sobre a produção e distribuição. 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*.

G. Plano de Ação

A implementação de um pagamento por capitação pressupõe a seleção de um modelo preditivo que atribua um montante financeiro por utente que corresponda ao nível de risco que lhe é atribuível. Se for bem calibrado, o modelo evitará que se desenvolvam incentivos a uma seleção de utentes mais saudáveis.

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 (que de acordo com o Decreto-Lei 28/2008 deve situar-se entre 50 000 e 200 000 pessoas). O modelo a usar pode ser semelhante ao que existe para as Unidades Locais de Saúde (em que a população residente por ULS varia entre cerca de 148 000 pessoas na ULS da Guarda e 245 000 na ULS Alto Minho, de acordo com ACSS, 2012a). Considera-se que seria vantajoso avaliar os resultados destas 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. Este passo deve ser implementado em simultâneo com a escolha de unidades de cuidados primário piloto (ACES piloto) que desenvolveriam toda a infraestrutura tecnológica e de gestão necessária para o registo, monitorização e avaliação de todas as decisões.

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.). Esta responsabilização financeira procura evitar que os doentes sejam desnecessariamente enviados para o hospital ou para entidades convencionadas quando os seus problemas de saúde podem ser resolvidos pelo centro de saúde. 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.

Porém, para evitar que os doentes sejam indevidamente retidos na USF ou no centro de saúde, quando a sua situação exige o encaminhamento para o hospital, este pagamento por capitação seria acompanhado de um pagamento com base nos resultados e da liberdade de escolha por parte do doente.

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. **Os incentivos financeiros devem ser complementados com iniciativas que promovam ou mantenham a motivação intrínseca dos profissionais** (Grant e Singh, 2011 e Christianson e Conrad, 2011). Segundo Christianson e Conrad (2011), tem vindo a ser salientado que o pagamento pelo desempenho pode diminuir a satisfação intrínseca associada à realização do trabalho, embora nem todos estejam de acordo quanto ao significado potencial deste efeito. Grant e Singh (2011) acrescentam que a motivação intrínseca depende fundamentalmente de autonomia (quanto ao que, quando, onde e como fazer), da possibilidade de desenvolver conhecimento e competências especializadas e de se sentir que se contribui para uma causa com significado.

H. Ações a Desenvolver

As ações a desenvolver seriam as seguintes:

AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
1. Recolha e avaliação dos resultados das experiências de verticalização de cuidados em Portugal. 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.	Administrações Regionais de 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.	Entidade Financiadora Respetiva
7. Avaliação do cumprimento de requisitos financeiros e clínicos.	Entidade Reguladora

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.

Ao nível clínico, existe muita informação, mas está “fechada” nos consultórios médicos, centros de saúde, hospitais, ou mesmo empresas farmacêuticas. Para que esta informação possa ser acedida e utilizada, tem de ser recolhida, estandardizada e armazenada em bases de dados. 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 permitindo uma melhor tomada de decisão).

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 utentes).

Defende-se, assim, uma aposta na implementação e integração de sistemas de informação que possam ser usados na tomada de decisão. A intervenção pública deverá (i) assegurar uma linguagem e nomenclatura comum, (ii) definir padrões e *standards* a usar pelas instituições que assegurem a interoperabilidade dos sistemas, (iii) sensibilizar utentes, profissionais e instituições para os benefícios que

o sistema de saúde pode ter com a partilha de informação e (iv) efetuar os investimentos que se revelem necessários, na medida em que a sua concretização se revele exequível.

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. Problemas que Procura Resolver

Em Portugal, os pontos fracos identificados na análise *SWOT* (Ver Anexo II), como a falta de integração e de coordenação entre as diferentes entidades ao longo de toda a cadeia de abastecimento, a inexistência de informação credível e atualizada, a ausência de procedimentos comuns e *standards* entre as várias instituições e a falta de planeamento e de visão estratégica para o setor da saúde, requerem que se coloque a standardização de processos e procedimentos, a sua monitorização e *benchmarking* no centro da atuação do sistema.

A apetência que Portugal tem para as tecnologias de informação e comunicação (TIC) e o facto de ter alguns exemplos de sucesso na utilização inovadora de sistemas de informação, em vários setores, proporcionam uma boa oportunidade para se apostar nos sistemas de informação, não apenas no sentido de melhorar e potenciar o setor nacional da saúde como um todo, mas também como forma de valorizar internacionalmente o *Cluster* da Saúde.

Como se expõe em seguida, esta medida é imperiosa por diversos motivos:

- / Serve de apoio transversal às restantes medidas que são apresentadas nesta proposta;
- / Facilita a comunicação entre as diversas instituições e entre os profissionais de saúde;
- / Facilita o processo de tomada de decisão dos médicos, ajudando-os a optar pelo melhor meio de diagnóstico e de tratamento em cada situação clínica (ajudando assim à implementação na prática dos protocolos e *guidelines*);
- / Possibilita a deteção de erros médicos, de efeitos adversos associados a medicamentos, bem como de epidemias iminentes;
- / É um instrumento imprescindível de gestão;
- / Facilita a deteção de fraudes;
- / Permite a generalização de critérios de avaliação económica na tomada de decisão.

Apoio às restantes medidas. Com efeito, as restantes medidas propostas apoiam-se na necessidade de apostar no aperfeiçoamento e integração dos sistemas de informação. Se se pretende dar ao cidadão a

possibilidade de escolher o prestador de cuidados de saúde, é necessário fornecer-lhe informação que o ajude nessa tomada de decisão. Sendo hoje em dia reconhecida a importância de o doente ter um papel mais ativo no processo de tomada de decisão quanto aos cuidados que lhe serão prestados, é importante que exista informação transparente e credível quanto ao valor e ao risco de vários diagnósticos médicos e intervenções terapêuticas. Por outro lado, de modo a acautelar que a concorrência entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde não se traduz numa deterioração da qualidade dos cuidados, há necessidade de avaliar os resultados obtidos pelos diversos prestadores, atendendo às características particulares dos utentes tratados por cada instituição e profissional. Essa avaliação é também imprescindível para os sistemas propostos de remuneração dos profissionais e das instituições. Acresce, ainda, que só será possível promover o turismo de saúde e captar doentes estrangeiros, se for disponibilizada informação às companhias de seguros que financiam tais deslocações relativa às taxas de infeção nosocomiais, às taxas de mortalidade, às taxas de reinternamento, etc. De modo análogo, nas deslocações de portugueses ao exterior, quando surgem necessidades súbitas de cuidados de saúde, o acesso expedito à informação clínica é fundamental.

Comunicação entre instituições e profissionais. Facilitar a comunicação entre instituições assume, também, a máxima importância. Tipicamente, os prestadores operam em “silos” e os doentes vão sendo encaminhados de uma instituição para outra, sem que exista uma coordenação global dos cuidados de saúde. Frequentemente, não existe partilha da informação entre intervenientes. Mesmo em situações de referenciação de doentes para especialistas hospitalares, nem sempre toda a informação clínica relevante é transferida de forma automática e personalizada, e, por outro lado, a referenciação de retorno não existe ou não chega convenientemente ao seu destinatário.³⁵ Esta comunicação poderia ser facilitada com a utilização de sistemas apropriados. Mesmo no interior dos hospitais, há serviços que utilizam sistemas de informação que não comunicam entre si. Não surpreende, por isso, que no estudo “OMSIS - Oportunidades de Melhoria nos Sistemas de Informação na Saúde: a visão dos hospitais públicos” tenham sido identificados como principais constrangimentos a dificuldade em aceder a dados clínicos de uma forma integrada e a utilização de aplicações diferentes nos hospitais, para além da falta de envolvimento dos profissionais de saúde na implementação das aplicações, resultando numa baixa maturidade dos processos (Martins, 2012).

Facilitar o processo de decisão médica e ajudar na adoção na prática das normas de orientação clínica e no acesso à evidência mais recente. As decisões médicas são responsáveis por 80% das despesas em saúde (Cassel e Guest, 2012). Logo, para que sejam reduzidos procedimentos e exames

³⁵ Silva (2010) e diversos estudos referidos por Barros (2009) evidenciam a existência de sérios problemas de comunicação entre os centros de saúde e os hospitais portugueses.

desnecessários, os médicos têm de ter um papel chave. Porém, o desenvolvimento médico e científico altera diariamente as fronteiras do conhecimento e os profissionais de saúde têm dificuldade em acompanhar essa evolução. A ICD-10 (*International Classification of Diseases*, versão 10) identifica milhares de doenças e de tratamentos, sendo virtualmente impossível que os médicos compreendam o conjunto complexo de relações possíveis entre doenças, tratamentos e até doentes. No domínio da imagiologia, por exemplo, os recentes progressos tecnológicos possibilitam a realização de exames que fornecem mais e melhor informação, como TACs de 64 cortes ou exames de PET ou PET-CT, apesar de se questionar se o benefício adicional justifica o custo do investimento. Devem ser criadas condições para que estes exames possam ser visualizados pelo médico que o prescreveu ou por outros médicos especialistas em imagiologia que se possam pronunciar sobre eventuais situações dúbias e as imagens devem ser guardadas para que, em qualquer momento, os médicos não se limitem a aceder a relatórios, conseguindo visualizá-las.

Reduzir o erro médico. Nas situações em que o *software* “sabe” qual a medicação que um doente está atualmente a tomar e alerta automaticamente os prescritores para potenciais conflitos ou alergias, ou quando assinala instruções inconsistentes, o erro médico pode ser efetivamente prevenido. Noutros casos, é do cruzamento da informação proveniente da prescrição eletrónica com a leitura ótica dos medicamentos que estão a ser administrados aos doentes nos hospitais que se conseguem evitar erros. Os sistemas de informação podem permitir ainda detetar atempadamente epidemias iminentes ou efeitos adversos associados a novos medicamentos. A possibilidade de cruzar internacionalmente estes dados seria muito proveitosa.

Instrumento fundamental de gestão e de definição de políticas. O setor da saúde explora pouco as potencialidades dos sistemas de informação. Os sistemas de informação permitem a comparação das práticas e dos resultados entre profissionais e instituições, assim como da relação valor/custo entre procedimentos alternativos. Como salientam Kaplan e Porter (2011), hoje em dia, em vários sistemas de saúde, existe uma completa falta de compreensão quanto ao custo da prestação de cuidados de saúde e ainda menos quanto à relação entre custos e valor criado. Em vez de se analisar o custo dos cuidados associados ao tratamento dos doentes ao longo de todo o ciclo de cuidados, os prestadores agregam e analisam custos ao nível dos serviços. Assim, os prestadores não possuem o conhecimento necessário para melhorar a utilização dos recursos, reduzir atrasos, e eliminar atividades que não melhoram resultados. Segundo estes autores, a existência de fracos sistemas de custeio tem consequências desastrosas. Em primeiro lugar, é sabido que aquilo que não é medido não pode ser gerido ou melhorado. Em segundo lugar, uma má medição de custos permite elevados subsídios cruzados entre serviços. Por fim, uma má medição de custos e resultados (*outcomes*) permite que os bons prestadores (eficazes e eficientes) não sejam recompensados e que os ineficientes não tenham incentivos para melhorar. Estudos

realizados encontraram variações significativas nos processos, instrumentos, equipamentos e materiais usados pelos médicos que realizam um mesmo procedimento no interior de um serviço. Por exemplo, em cirurgias de colocação de próteses e implantes, os médicos usam diferentes materiais e dispositivos introduzindo uma variação de custo significativa para o tratamento da mesma condição, num mesmo local. Consequentemente, um sistema de custeio ao nível dos processos e dos doentes permitirá aos responsáveis clínicos discussões mais informadas e construtivas quanto à melhor forma de standardizar procedimentos, permitindo reduzir as variações e limitando a utilização de abordagens, materiais e dispositivos desnecessariamente caros e que não permitem obter melhores resultados.

Deteção de fraudes. Os sistemas de informação têm um papel relevante na deteção de fraudes. Atente-se, por exemplo, no caso de utentes a quem foram prescritos medicamentos para um prazo de 17 anos, detetado pelo Centro de Conferências de Faturas e que foi amplamente noticiado pela imprensa³⁶.

Generalização da adoção de critérios de avaliação económica. A necessidade imperiosa de alcançar a máxima eficiência na prestação de cuidados obriga a que se generalizem processos de avaliação económica na introdução de novas tecnologias, na seleção de melhores práticas terapêuticas e na definição de linhas orientadoras de gestão. A implementação de processos de decisão assentes em avaliação económica requer a existência de informação standardizada, fidedigna e comparável. Só assim será possível avaliar se o acréscimo de benefícios proporcionado por determinadas intervenções em saúde supera eventuais acréscimos de custos que impõe.

C. Suporte Teórico

Em 1999, o *Institute of Medicine* publicou um relatório intitulado “*To Err is Human*” onde se concluiu que os erros médicos matavam mais pessoas do que os acidentes rodoviários e o cancro do seio em conjunto. Àquela data, as mortes associadas a erro médico eram 6 vezes superiores ao número de pessoas com HIV. Esta exposição dos erros médicos permitiu uma sensibilização para os escassos registos de dados dos doentes. No relatório seguinte, em 2001, *Crossing the Quality Chasm* afirmava-se que as diferentes organizações de saúde operam em “silos” isolados sem acederem a informação completa relativamente ao doente. Hoje em dia, os problemas subsistem e um número especial da revista *Health Affairs* publicado em 2011 e intitulado “*Still Crossing the Chasm of Quality*” apresentava diversos artigos sobre os persistentes e sérios problemas associados aos erros médicos (Topol, 2012, p. 143). Num estudo relativamente recente, 42% dos americanos afirmaram que pelo menos um elemento da sua família tinha

³⁶ “Eventuais fraudes com medicamentos podem ter lesado o Estado em 7 milhões”, Jornal de Notícias, 21 de Março de 2012.

sido vítima de um erro médico³⁷, mas há que ter consciência que até há bem pouco tempo os EUA eram um dos países mais lentos na adoção de TI em saúde no mundo desenvolvido (Topol, 2012, p. 144).

Por vezes, distingue-se o Registo de Saúde Eletrónico (RSE) do Processo Clínico Eletrónico (PCE). O primeiro “reúne a informação de saúde essencial de cada cidadão, ao longo do seu ciclo vital, tornando-a acessível de forma segura, sempre e onde seja necessária”, enquanto o segundo contem os “registos gerados durante todos os episódios de contacto do doente numa instituição” (Campos, 2011). Na literatura anglo-saxónica os dois termos são usados, por vezes, de forma indistinta.

Outras vezes distingue-se registo médico eletrónico (ou registo de saúde eletrónico) e registo de saúde eletrónico pessoal (Topol, 2012). O primeiro, idealmente, seria um ficheiro exaustivo que incluiria todos os resultados laboratoriais e registos de procedimentos, intervenções, operações, testes de diagnóstico, altas hospitalares e consultas realizadas por todos os profissionais de saúde. Quanto maior a fragmentação do sistema de saúde, mais difícil se torna a criação deste *Electronic Health Record* (EHR). Mesmo que as diferentes entidades procurassem colaborar umas com as outras, isso pode não se revelar fácil, já que há múltiplos *softwares* proprietários não ligados entre si. Em Portugal, segundo a Comissão para Informatização Clínica (CIC), o SNS é servido por mais de 200 sistemas de informação diferentes, entre hospitais, centros de saúde, DGS, ACSS e outros intervenientes. Ao nível dos cuidados de saúde primários, os registos encontram-se num nível de maturidade mais elevado que ao nível hospitalar, devido à diversidade e à diferente maturidade dos sistemas de informação presentes nos hospitais públicos.

Uma estratégia alternativa ou complementar ao EHR é o registo de saúde eletrónico pessoal, em que todos os exames e dados são recolhidos numa *pen*, ou num ficheiro, que se encontra na nuvem (*cloud*) ou em ambos. A vantagem é que os dados circulam com o doente. Parece atrativo e resolve o problema dos indivíduos que se encontram de férias em locais afastados do domicílio e que têm um problema súbito de saúde. O desafio principal é o de colocar os dados nesse registo.

Com efeito, a inexistência de incentivos por parte dos profissionais e das instituições para adotarem sistemas de informação e registos de saúde eletrónicos é apontada como um dos principais aspetos que dificulta a sua generalização. Os benefícios da informatização (maior segurança do doente e dos dados, coordenação de cuidados e prevenção de doenças) são, na maioria dos casos, para os doentes, financiadores e pagadores, mas não para os prestadores. Para os médicos individuais, não há qualquer incentivo em investir em EHR que facilitam o tratamento por outros prestadores. Nalguns casos, os registos clínicos constituem até um ativo estratégico, porque criam custos de mudança de prestador

³⁷ <http://www.kff.org/kaiserpolls/pomr111704nr.cfm>

(Christensen *et al.*, 2009). Ajudar o sistema a funcionar melhor não é uma preocupação dos médicos e dos hospitais isoladamente. Além disso, os médicos e investigadores têm uma cultura de proteção de informação e não de partilha. O pressuposto é que a informação recolhida deve ser mantida, a não ser que exista uma razão muito importante para a partilhar (Kauffman, 2012).

São, ainda, apresentadas outras dificuldades: os registos de saúde eletrónicos são produtos complexos e difíceis de compreender; existem preocupações em termos de **privacidade e segurança** dos dados, bem como dificuldades de transferência de informação entre produtos de diversas empresas (**interoperabilidade**).

Embora muitos países tenham alcançado grande sucesso na implementação de uma variedade de soluções de IT na área da saúde, as **questões de privacidade e de segurança** continuam a ser um dos maiores desafios (OCDE, 2010b). As informações de saúde podem ser extremamente sensíveis, particularmente para certas doenças, como as doenças sexualmente transmissíveis, doenças psíquicas e/ou relacionadas com dependência de drogas. Os registos de saúde eletrónicos, por vezes, podem também conter informações sobre o comportamento pessoal, como tabagismo, uso de álcool e informações sobre preferências sexuais. Existe uma evidente preocupação em relação aos efeitos nefastos que a divulgação de informação sensível pode ter para o doente, podendo prejudicar a sua integração e a sua vida em sociedade.

Há, de resto, várias questões jurídicas associadas à partilha de informações médicas (OCDE, 2010a). Em muitos países, a informação médica pessoal é propriedade do utente e a sua utilização ou partilha depende sempre da autorização do mesmo. Noutros casos, o consentimento é assumido por defeito, mas os utentes têm sempre o direito de optar pela não divulgação de informação. As questões de privacidade são vistas como o principal bloqueio para a criação de um sistema de informação coordenado e integrado para o atendimento ao doente e para uma maior partilha de informações de saúde (OCDE, 2010b). Mesmo na Suécia, onde a prescrição eletrónica existe, os médicos não conseguem atualmente aceder à lista completa dos medicamentos prescritos aos doentes, devido a restrições legais.

Por outro lado, os estudos mais recentes (Fichman *et al.*, 2011) salientam que a disponibilidade dos indivíduos para partilharem a sua informação de saúde depende não apenas da sua confiança na segurança dos dados e do tipo de informação em causa (dados genéticos, saúde geral ou mental), mas também da finalidade da utilização da informação (prestação de cuidados, investigação ou *marketing*), e do tipo de instituição interessada na informação (médicos/hospitais, governo ou companhias farmacêuticas).

Não surpreende, portanto, que preocupações com a privacidade de informação e a segurança dos doentes, mas também com a qualidade do serviço e da eficiência, estejam na origem da criação de dificuldades várias, pelos profissionais de saúde, à adoção de sistemas de informação na área médica (Ludwick e Doucette, 2009). Entre outros fatores, estes sistemas acarretam um acréscimo de trabalho para os profissionais, sem que estes se apercebam, no curto prazo, das suas vantagens (por exemplo para a realização de trabalhos de investigação). De acordo com Raitoharju e Laine (2006) citados por Perez e Zwicker (2010), a aceitação de sistemas de informação no contexto da saúde é um dos fatores críticos de sucesso para a obtenção dos benefícios esperados com os investimentos efetuados com esse tipo de tecnologia. A efetiva implementação e utilização desse tipo de tecnologias no setor da saúde requerem cooperação entre as pessoas envolvidas, bem como o envolvimento dos médicos, enfermeiros e restantes profissionais da área.

A **interoperabilidade** é a capacidade de comunicação entre diferentes sistemas e aplicações informáticas, no interior de uma organização ou entre várias organizações, trocando dados de forma precisa, fiável e consistente. A colocação de dados numa base comum será pouco útil se os dados estiverem numa multiplicidade de formatos que não falam uns com os outros ou que não possam ser facilmente comparados. A existência de comunicação implica não apenas a troca de informação entre os intervenientes, mas também o entendimento da mensagem. Assim, mais do que as questões técnicas, as questões semânticas desempenham um papel essencial. Têm de ser usadas as mesmas designações para situações semelhantes e designações diferentes para situações efetivamente diferentes. Como realça Sousa (2011), um dos desafios mais relevantes no caminho da construção do RSE é o da **interoperabilidade semântica**. O objetivo último desta interoperabilidade é o de conseguir preservar o significado clínico original, pretendido pelo autor da informação, aquando da transmissão de informação entre diferentes sistemas e seus utilizadores. Simultaneamente, há que preservar atributos da informação como o nível de confidencialidade e de acesso, estabelecidos pelo autor e pelo doente. Para que diferentes sistemas possam entender o que comunicam entre si tem de ser acordada e partilhada uma definição de conceitos. Posteriormente, estes conceitos têm de ser devidamente explicitados, formalizados e divulgados. Outra questão importante é a dos valores que podem assumir as variáveis. Se diferentes sistemas usarem diferentes valores para designar a mesma coisa é necessária uma “tradução” para que os sistemas consigam comunicar entre si. Em suma, a informação deverá ser expressa, sempre que possível, através de códigos apropriados e não de texto livre, sendo necessário que os diferentes *stakeholders* cheguem a um acordo quanto aos conceitos e aos valores que as variáveis podem assumir. É imprescindível, de acordo com Sousa (2011), um alinhamento de esforços tendo em vista a definição e utilização de sistemas terminológicos e de classificação nos vários domínios da informação da saúde.

O **desenvolvimento de padrões e standards** para permitir a troca de informações continua a ser um desafio político e logístico em vários países (OCDE, 2010b). Para melhorar e incentivar a interoperabilidade, muitos governos criaram entidades ou organismos específicos para coordenar a normalização e desenvolverem estratégias a nível nacional. Sob a pressão de prestadores de cuidados de saúde e outros utilizadores, bem como de organizações internacionais de normalização, os países começaram a colaborar mais abertamente no desenvolvimento e aperfeiçoamento de *standards*. O principal constrangimento à implementação dos sistemas de informação na saúde é o desafio da *governance*, agregando os diferentes elementos e os diversos *stakeholders* envolvidos. Os sistemas de informação só atingem o seu máximo potencial quando todas as partes do sistema trabalham para o mesmo propósito.

Em Portugal, está em curso a implementação da Plataforma de Dados da Saúde (PDS), que tem como objetivo que os profissionais de saúde possam visualizar a informação das várias instituições do SNS, o históricos dos registos do INEM, do Plano Nacional de Saúde Oral, do receituário do utente e os dados que o próprio utente tenha introduzido no Portal do Utente e/ou a medicação que esteja a tomar. Os meios complementares de diagnóstico realizados em hospitais e nos cuidados de saúde primários, que estejam armazenados em formato eletrónico, também deverão ficar progressivamente acessíveis através do Portal dos profissionais de saúde.

A grande virtude da PDS consiste, por um lado, no envolvimento de vários *stakeholders* do setor e, por outro, na aposta na interoperabilidade e na partilha de dados. Os dados disponibilizados na plataforma permanecem localizados nas suas diversas origens espalhadas pelas instituições. A plataforma consulta as diferentes fontes de informação e disponibiliza ao profissional de saúde os dados do utente. Há uma grande divergência entre a informação desejada e considerada relevante pelos diferentes profissionais e *stakeholders*, mas os intervenientes estão otimistas quanto aos resultados que têm sido conseguidos.

O grande desafio para a boa utilização desta plataforma é o trabalho substancial que será necessário realizar na área da normalização e standardização de registos e processos. Ao nível da interoperabilidade semântica clínica, a Comissão para a Informatização Clínica já elaborou o Catálogo Português de Alergias e Outras Reações Adversas³⁸ e tem estado a trabalhar no Catálogo Português de Análises de Laboratório, usando códigos LOINC (*Logical Observation Identifiers Names and Codes*).

Também a nível europeu, estão em curso diversos projetos, nos quais Portugal tem estado envolvido, de partilha de informação entre instituições de saúde. Um dos principais é o projeto epSOS (*Smart Open*

³⁸ Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=22603>.

services – Open eHealth Initiative for a European Large Scale Pilot of Patient Summary and Electronic Prescription) que visa permitir a partilha entre sistemas de saúde europeus de informação relativa a “resumo do paciente” e de “prescrição eletrónica”. O projeto arrancou em 2008 com 27 entidades de 12 Estados-membros da UE e em 2011 foi alargado a 11 novos países (entre os quais Portugal). Pretendia-se criar um sistema interoperável que permitisse ultrapassar barreiras linguísticas, administrativas e tecnológicas possibilitando aos profissionais de saúde o acesso à informação clínica e/ou à medicação de um paciente que está a viajar no estrangeiro (Graça *et al.*, 2011). O epSOS pretende ser a resposta tecnológica à Diretiva da Mobilidade europeia no âmbito da Saúde e da prestação de cuidados transfronteiriços³⁹.

Segundo Martins (2012), o Registo Clínico Único do Utente (RCU2) visa “disponibilizar um conjunto de informação mínima essencial aos profissionais de saúde sempre que existe necessidade de um atendimento urgente ou programado fora da sua unidade de saúde que permita maior segurança e qualidade na prestação de cuidados de saúde (conhecimento de alergias, medicação em uso, problemas de saúde, etc.)”. Esta informação também será disponibilizada aos profissionais de saúde dos estados membros via projeto epSOS, para todos os utentes que expressem o seu consentimento para esse efeito via Portal do Utente.

Quadro 1: Conteúdo do Registo Clínico Único

BLOCO DE INFORMAÇÃO		CONTEÚDO
Informação do documento		Informação de controlo do documento (data de atualização do documento e data de validação e respetivo autor)
Dados do Utente		Dados de identificação do utente (nome, data de nascimento, sexo), unidade de saúde e médico de família
Alergias e intolerâncias		Registos de alergias e intolerâncias de acordo com o Catálogo Português de Alergias e Reações Adversas
Medicação habitual e crónica do utente		Informação sobre os medicamentos que o utente toma habitualmente
História clínica passada	Vacinas	Vacinas administradas ao utente
	Problemas médicos fechados	Problemas médicos fechados (ICPC-2; ICD9-CM)
	Procedimentos cirúrgicos	Procedimentos médicos cirúrgicos realizados há mais de 6 meses (ICD9-CM)
História atual	Problemas médicos	Problemas médicos atuais (ICPC-2; ICD9-CM)
	Procedimentos cirúrgicos	Procedimentos médicos cirúrgicos realizados nos últimos 6 meses (ICD9-CM)
	Focos de atenção / diagnósticos de enfermagem de	Focos de enfermagem ativos e respetivos diagnósticos de enfermagem (CIPE)

³⁹ Outras iniciativas europeias no sentido de encontrar soluções para as questões de interoperabilidade semântica e técnica são a *Ehealth Governance Initiative* e, mais recentemente, a *eHealthNetwork* (Dâmaso, 2012).

Fonte: Martins (2012)

D. Exemplos Internacionais

Embora exista uma convicção generalizada que a informatização permite diminuir os custos, muitos estudos e revisões sistemáticas não apoiam esta hipótese. A informatização permite a prestação de melhores cuidados e a obtenção de melhores resultados em saúde, embora não haja uma evidência clara de redução de custos (OCDE, 2010b). Outros estudos mostram que o retorno do investimento só é conseguido a prazos mais alargados. Um dos estudos mais extensos é o EHR Impact Study, promovido pela Comissão Europeia e publicado em 2010⁴⁰. Este estudo abrangeu 10 programas europeus e um americano no domínio dos RSE e dos PCE e concluiu que existem benefícios importantes na adoção destes sistemas, mas que demora 4 a 9 anos para atingir o primeiro ano positivo de retorno socioeconómico, embora o retorno possa ascender aos 200% com uma média de 80% aos 9 anos.

Por exemplo, contrariamente ao esperado, McCormick et al. (2012) concluíram que o acesso dos médicos a resultados imagiológicos informatizados está associado a uma probabilidade 40 a 70% superior de pedir um exame de imagem. Uma eventual explicação, apresentada pelos autores, é que poderá existir alguma razão que leve simultaneamente os médicos a prescreverem mais exames e a adquirirem tecnologias de informação. Os autores salientam, ainda, que muitos sistemas não comunicam entre si e que, nos estudos em que se encontra evidência de uma redução do número de exames associada à informatização, existem sistemas de apoio à decisão dos médicos. Numa entrevista dada ao jornal Washington Post, McCormick deu um exemplo em que, ao prescrever uma ressonância magnética, o médico é alertado que atendendo à idade do doente e ao caso concreto, há uma probabilidade de apenas 3% do exame fornecer informação útil.

Até há relativamente pouco tempo, os EUA estavam menos desenvolvidos do que muitos países europeus na adoção de tecnologias de informação no domínio da saúde, sendo apontada, como possível explicação, a existência, em vários países europeus, de um único pagador (público) que subsidia e exerce pressão para a partilha de informação (Fichman *et al.*, 2011). Este facto esteve na origem da criação, em 2009, do programa *Health Information Technology for Economics and Clinical Health* (HITECH), que previa investimentos no valor de 29 mil milhões de USD, num prazo de 10 anos, para apoiar a adoção e a “utilização com significado” (*meaningful use*) de registos de saúde eletrónicos (Blumenthal, 2011). Um dos objetivos deste programa era precisamente o de criar os incentivos necessários para a obtenção de uma plataforma de partilha de informação. Uma consequência algo inesperada foi o surgimento de problemas

⁴⁰ Estudo disponível em <http://www.ehr-impact.eu/>.

de comunicação entre médicos e doentes (Topol, 2012). Em vez de olharem para os doentes, os médicos estão a olhar para o teclado e para o monitor e o preenchimento de campos isolados pode tornar a informação mais fragmentada, tendo o médico uma maior dificuldade em obter uma visão integrada do doente.

Nos EUA, as organizações melhor sucedidas na implementação de EHR foram instituições como a *Partners*, a *Mayo*, a *Intermountain*, a *Veterans Administration* e a *Kaiser Permanent* (Christensen et al., 2009). Através de uma aposta forte em tecnologias de informação, o *Veterans Health Administration* deixou de ser uma das instituições menos prezadas nos EUA, transformando-se numa das melhores (Blumenthal, 2011). O sistema de informação implementado na *Veterans Administration* compreende um RSE, a informatização dos exames laboratoriais e imagiológicos e a prescrição eletrónica. A *Veterans Administration* abrange cerca de 8 milhões de pessoas e 1400 locais de cuidados em 22 redes. A despesa nas TIC representou, entre 2001 e 2007, uma média de 4,76% da despesa global. Numa comparação com o setor privado, com fraca penetração das TIC, alguns valores de medicina preventiva revelaram valores médios significativamente superiores entre 15 e 17%. Cerca de 65% dos benefícios estiveram associados à redução de cuidados desnecessários relacionados com impactos adversos provocados por fármacos, seguindo-se a eliminação da duplicação de exames ou não realização de exames desnecessários (25%)⁴¹.

Outro exemplo muito citado é o da *Kaiser* que investiu na criação de uma base de dados de doentes com registos de saúde eletrónicos partilhados a nível nacional. Foi precisamente esta base de dados que permitiu detetar a incidência superior ao esperado de ataques cardíacos em doentes que estavam a tomar o medicamento *Vioxx* (Topol, 2012). Esta base de dados permitiu também que os doentes passassem a contactar os seus médicos por *e-mail*, o que permitiu diminuir as consultas presenciais em 26%, em 4 anos.

Para os defensores de registos de saúde eletrónicos pessoais, o principal problema destes sistemas é que são proprietários: a informação pode ser acedida através de pontos dentro do sistema, mas não de pontos exteriores ao sistema. Logo, os doentes não têm a possibilidade de controlar a informação.

Segundo Christensen et al. (2009, p. 137), estes processos de informatização foram bem-sucedidos, porque se desenvolveu um sistema à medida, que se adaptou aos processos de prestação de cuidados, remuneração, custeio, aprovisionamento e gestão já existentes. Todos estes subsistemas são interdependentes e de um modo único e exclusivo. Daí que, em vez de transformar os processos internos

⁴¹ Informação apresentada por Campos (2011) com base em Byrne, CM, LM Mercincavage, EC Pan, AG Vincent, DS Johnston et al. (2010), "The Value from Investments in Health Information Technology at the U.S. Department of Veterans Affairs", *Health Affairs*, Vol. 29, Nº 4, pp. 629-638.

para se adaptarem a um sistema informático *standard*, é mais natural e custo efetivo desenvolver um sistema informático que se adapte aos processos da organização.

Já o Reino Unido está numa fase bastante adiantada relativamente aos EUA na adoção de registos de saúde eletrónicos, nos cuidados de saúde primários, mas teve bastantes dificuldades na criação de um registo de saúde eletrónico hospitalar e na ligação eletrónica entre cuidados ambulatoriais e hospitalares (Blumenthal e Dixon, 2012). O NHS falhou nos seus esforços para criar um registo médico eletrónico, transferindo os dados em papel para registos digitais, em parte, porque foi incapaz de persuadir os médicos a fazerem as alterações necessárias. O governo britânico queria centralizar as aquisições de tecnologia fazendo com que todos os hospitais da mesma região usassem o mesmo sistema. Os médicos tinham de alterar os seus hábitos de trabalho e não tinham a possibilidade de escolher a tecnologia que se adaptava melhor ao seu caso (Dembosky, 2012). Era necessária uma grande modificação dos hábitos de trabalho, sem que existissem os incentivos apropriados.

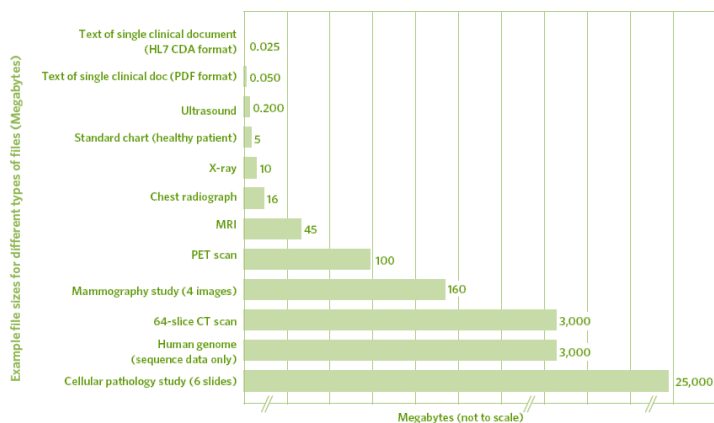
Existe também alguma evidência de que a troca de mensagens de correio eletrónico entre médicos e doentes permite melhorar significativamente os resultados de saúde em doenças como diabetes, hipertensão ou ambas, como demonstra um estudo publicado na revista *Health Affairs* (Zhou *et al.*, 2010).

E. Requisitos para a sua Implementação

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. A implementação dos sistemas de informação só se desenvolve com o apoio das entidades públicas, sendo desejável o estabelecimento de parcerias com os maiores prestadores de cuidados de saúde privados, com esse intuito de partilha de informação.

Um aspeto crucial está relacionado com as imensas necessidades de armazenamento de informação num sistema verdadeiramente integrado (Gráfico 16), para se obter um registo que idealmente se inicia antes do nascimento e que se deve manter para além da morte. Além disso, não deve ser esquecido que tão importante quanto a informação sobre cuidados de saúde é a informação sobre saúde (Kauffman, 2012). Tipicamente, o sistema médico recolhe informação quando as pessoas procuram cuidados, isto é, quando pensam que estão doentes. Uma base de dados verdadeiramente poderosa recolheria informação sobre a população saudável, ajudando a compreender o que a torna e mantém saudável e não apenas o que a torna doente.

Gráfico 16: Necessidades de Armazenamento da Informação



Fonte: <http://www.broadband.gov/plan/10-healthcare/>, exhibit 10-B

Para ser possível a partilha de ficheiros desta dimensão entre instituições são necessários avultados investimentos em redes informáticas. A colocação dos dados na *cloud* é uma forma relativamente barata e quase sem limites de armazenar e manter informação médica e sobre os doentes. O problema principal é que existe muita relutância em colocar os dados na nuvem, por questões de segurança dos dados.

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. Por exemplo, a criação de condições para que possam ocorrer consultas por meios eletrónicos, exige a criação de *websites* seguros (Topol, 2012, p. 189). Por outro lado, não basta que exista uma política de segurança, sendo também necessário assegurar que essa política é respeitada (Sousa, 2011).

O Estado deverá ter ainda um papel importante na definição de *standards* e especificações (ou instruções) relativas à aquisição de *softwares* e à partilha de uma linguagem comum que possibilite trocas de informação entre instituições e profissionais, à semelhança do que aconteceu no HITECH americano (Blumenthal, 2010). Por isso, deverá assegurar não apenas a interoperabilidade técnica, mas também a semântica.

F. Impacto Previsto

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*. Assim será possível encontrar ganhos reais, tais como melhores *outcomes* a custos mais baixos (por exemplo, menos hospitalizações com estadias mais curtas).

Como em outros setores, o investimento em sistemas de informação não aumenta automaticamente a produtividade. Até ao momento, os estudos e as implementações demonstram que os sistemas de informação não estão a levar a aumentos significativos imediatos de produtividade. No entanto, as evidências de outros setores com sistemas de alto desempenho mostram que tal é possível, sendo, contudo, necessária uma boa interligação entre os diferentes sistemas de forma a facilitar a partilha informação.

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.

G. Plano de Ação

Em face do exposto, propõe-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. No que diz respeito à informação clínica, é importante que a comissão de informatização clínica tenha condições de prosseguir o bom trabalho que tem vindo a realizar. 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 *standards* e 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, será alargado o âmbito dos sistemas para contemplar todas as áreas e as 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. 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. Quatro subdomínios são considerados prioritários para o sucesso desta medida: i) melhorar a qualidade da informação estatística em Portugal (abordada na medida IV); e ii) estruturar o sistema nacional de saúde como um *living lab* permanente e coerente (abordada na medida I); iii) fomentar o turismo de saúde e a saúde no turismo, através de iniciativas integradas com a Secretaria de Estado do Turismo e a AICEP; iv) aproveitar os profissionais de saúde portugueses a trabalhar no exterior, que deverão constituir-se numa rede, e os portugueses emigrantes como veículo de divulgação da qualidade do sistema de saúde português. Neste capítulo, iremos abordar essencialmente o subdomínio iii).

Esta medida inclui uma multiplicidade de dimensões que a Figura 2 agrega e caracteriza:

Figura 2: Promoção da Marca Portugal



Pretende-se criar uma marca comum a utilizar para todo o *cluster* da saúde que permita o estabelecimento de relações comerciais com terceiros noutros países assentes na perceção de que os produtos e serviços oferecidos por Portugal evidenciam um binómio qualidade/custo competitivo, quando avaliados através de indicadores internacionalmente aceites e validados.

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 subsector é realizada de uma forma isolada e independente.

B. Problemas que Procura Resolver

Apesar de o sistema de saúde português apresentar indicadores de qualidade que o posicionam no topo dos sistemas de saúde, 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. 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 pacientes 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.

É ainda definido o que deve ser assegurado pelas instituições do Estado Membro, nomeadamente no que se refere ao tratamento e às informações necessárias para o esclarecimento das dúvidas e preocupações dos doentes. Dentro desta esfera de obrigações, identificam-se os princípios que devem reger o tratamento do doente de modo a assegurar a universalidade, o acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, da equidade, da solidariedade e da não discriminação, princípios comuns a todos os sistemas de saúde europeus. Outros tópicos relacionados com a operacionalização destes tratamentos incluem as questões relativas ao reembolso, bem como as responsabilidades de cada Estado membro em matéria de autorizações e procedimentos administrativos. Por fim, a diretiva detalha o funcionamento das redes de referência.

Face aos requisitos enunciados, dificilmente Portugal terá condições para, sem alterar a perceção que existe sobre a qualidade do sistema de saúde, conseguir captar pacientes europeus. Aliás, o risco que se corre é de, nomeadamente nas áreas onde a capacidade de resposta é menor, assistir-se a uma saída de utentes na procura de soluções imediatas, com os custos para o sistema que lhe estão associados.

C. Suporte Teórico

O turismo de saúde e a saúde no turismo são conceitos distintos. O turismo de saúde é uma subparte da saúde no turismo, sendo esta última mais abrangente. Uma definição de turismo de saúde assenta na decisão dos consumidores em viajar além-fronteiras com o intuito de receber qualquer forma de tratamento médico. A saúde no turismo, por outro lado, consiste na organização de uma viagem além do contexto habitual de manutenção, melhoramento ou restauro do estado de bem-estar de um indivíduo para o corpo e para a mente.

A promoção da marca “Saúde em Portugal” consiste na realização das tarefas necessárias para captar consumidores para o mercado de prestação de serviços de saúde em Portugal. A conquista de potenciais mercados passa por identificar o tipo de consumidor que está disposto a realizar tratamentos fora do seu país de origem, por compreender 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.

Portugal necessita de promover no exterior a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a capacidade de inovação dos centros de investigação e a flexibilidade e prontidão de resposta dos agentes envolvidos na cadeia de valor do setor.

Um pilar indispensável para a concretização deste propósito é a capacidade de o nosso sistema de saúde e das entidades que o integram terem indicadores e sistemas de auditoria que permitam a comparação com padrões internacionais.

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 informação existente em Portugal centra-se nos processos, não é produzida atempadamente, nem obedece a metodologias de cálculo semelhantes (ver Medida IV). 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. Se Portugal pretende ser uma referência internacional na prestação de cuidados de saúde, tem que ir ao encontro das expectativas dos seus potenciais clientes e consumidores, que exigem informação que permita caracterizar e comparar (dentro e fora das fronteiras) os resultados do desempenho das instituições.

O conceito de base consiste na criação de mecanismos de recolha de dados e da sua introdução num sistema de informação integrado. Esta fase inicial de coleção e de introdução de dados é fundamental e determina a qualidade dos resultados que se pretendem aferir e avaliar de uma forma sistemática, consistente e transparente. O armazenamento destes dados permite que equipas de análise possam

aceder aos dados, tratar os mesmos e utilizar a informação resultante da melhor forma possível para a finalidade pretendida.

A disponibilização e encaminhamento das estatísticas nacionais a consumidores que estejam dispostos a receber cuidados de saúde prestados em Portugal requer a criação de plataformas de informação que acompanhem as já existentes para a promoção dos produtos ou serviços a nível de marketing e a nível comercial.

O âmbito de aplicação deste tipo de medida concentrar-se-ia no Ministério da Saúde e no conjunto de instituições que estão sob a sua alçada no que se refere à prestação de cuidados de saúde. Ao mesmo tempo o setor privado ganharia pela capacidade de poder captar consumidores de outros países pelo turismo de saúde (em que estrangeiros procuram os serviços de saúde em Portugal para realizar os seus tratamentos).

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.

O turismo de saúde é um mercado emergente relacionado com a aceleração da liberalização do mercado de serviços de saúde e do desenvolvimento de acordos de comércio relativos a esta temática entre países. A abertura das fronteiras para as pessoas poderem ser tratadas fora dos seus Estados de afiliação tem trazido alterações culturais perante a hipótese de poder recorrer a cuidados de saúde transfronteiriços.

A nível de qualidade, países em vias de desenvolvimento ou países emergentes conseguem equipar-se com recursos tecnológicos e humanos ao nível dos países desenvolvidos. O acesso à mesma tecnologia e o investimento em infraestruturas novas, com qualidade similar, mas com custos bastante mais baixos, justifica a opção crescente por estas alternativas.

A aposta que vários países em vias de desenvolvimento fizeram para assegurar uma imagem de credibilidade dos seus serviços assentou na acreditação por parte das suas instituições por entidades reconhecidas a nível internacional.

Por isso, 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 para que as unidades possam fazer parte das redes internacionais de referência.

D. Exemplos Internacionais

Vários países confrontaram-se com problemas idênticos aos que Portugal terá de enfrentar se decidir adotar esta medida e a sua experiência permite identificar alguns fatores críticos de sucesso deste género de iniciativas.

A Suécia adotou uma abordagem holística e integrada da promoção do país na área da saúde, conjugando a necessidade de aumentar as exportações com a necessidade de atrair investimento direto estrangeiro. Para tal, promoveu internacionalmente as competências internas na área da saúde, nomeadamente da indústria farmacêutica, a que juntou a diplomacia pública para divulgação no exterior. Um outro fator importante para a Suécia foi o envolvimento dos diferentes *stakeholders* no processo, através da definição clara do papel que cada um tinha e tem no desenvolvimento da marca e no fomento de um clima de cooperação e entajuda para atingir o objetivo comum a todos.

A identidade da marca foi considerada como central à imagem do país a promover. Houve a necessidade de um consenso sobre aquilo que caracteriza a identidade da Suécia e o que interessa ser promovido especificamente no setor da saúde.

Além da identidade da marca, que tem consequências na mensagem que é transmitida, instituíram-se estratégias de comunicação externa consistentes e congruentes com a forma de estar e de ser suecas. Aspectos como garantir a clareza da mensagem e a credibilidade da mesma foram tópicos abordados.

O turismo de saúde, por seu lado, não é novo para países como Singapura, Tailândia, Malásia e Cuba, que há alguns anos dedicam-se a promover as economias dos seus países na busca de tratar doentes estrangeiros pela qualidade das instalações, de recursos humanos e tecnológicos a preços mais acessíveis do que em muitos países desenvolvidos.

Na Europa tem havido esforços de países como Malta, Hungria e Chipre que procuram estabelecer-se neste negócio. Estes países procuram capitalizar relações históricas com outros países europeus como o Reino Unido e tiram partido do conhecimento mútuo existente entre eles para promover os seus serviços de saúde, ao mesmo tempo que os associam à excelência dos serviços de turismo. No entanto, o caso de maior sucesso de desenvolvimento de uma indústria de turismo de saúde na Europa é o da Turquia.

Quanto ao leque de tratamentos que são prestados pelas instituições destes países constata-se que se dedicam a certas especialidades. Cuba tem um enfoque particular em cirurgias estéticas, enquanto na

Polónia e na Hungria o nicho é o dos procedimentos odontológicos. Singapura, Malásia e Tailândia apostam num espetro completo de procedimentos.

Por detrás do desenvolvimento destes países no turismo de saúde está não só investimento do setor privado na prestação de cuidados de saúde, mas também forte apoio governamental. O governo Japonês definiu uma estratégia para reduzir o número de viajantes para fora de país que procuram serviços de saúde para inverter a tendência e captar novos turistas de saúde. A estratégia de valor acrescentado incide em nichos de topo, de elevado custo, mas que, por outro lado, requerem competências técnicas de forma mais intensiva.

A Coreia do Sul tem procurado criar *clusters* urbanos de prestação de cuidados de saúde, nas cidades de Seoul, Daegu e Jeju, através da concentração de serviços, conseguindo preços reduzidos e melhor qualidade. Esta iniciativa é parte integrante da estratégia que o governo coreano está a implementar para promover o sector da saúde, que passa pela criação de um instituto médico que trabalha em parceria com a organização coreana que gere o turismo do país. Algumas das medidas deste governo têm envolvido a oferta de serviços junto de expatriados coreanos com o estabelecimento de escritórios em locais como Los Angeles, nos Estados Unidos e na Nova Zelândia.

O Turismo de Saúde em Singapura

Singapura tem sido um dos países que mais tem dedicado fundos para múltiplos fins na saúde, desde a melhoria da qualidade dos serviços e das condições das instalações, à formação dos profissionais de saúde e à aquisição de equipamentos tecnologicamente avançados. Muitas das instituições prestadoras de cuidados de saúde investiram na obtenção de creditações de agências internacionais, como forma de se distinguirem em termos de qualidade dos restantes prestadores concorrentes noutros países.

O principal fator de motivação para enveredar no turismo de saúde é o diferencial de preço praticado dos serviços de saúde entre hospitais da Europa e da América do Norte e os hospitais de Singapura.

Singapura tem testemunhado um aumento significativo do número de visitantes internacionais para a realização de turismo de saúde. De acordo com fontes oficiais, cerca de 150.000 turistas de saúde visitaram Singapura em 2000, tendo este valor crescido para 210.000, em 2002, e 230.000, em 2003.

O mercado do turismo de saúde em Singapura é claramente orientado para o mercado externo e caracteriza-se por oferecer uma combinação de serviços com internamento mas ao mesmo tempo caracterizado por cirurgias de ambulatório de modo a colmatar a procura de serviços de saúde dos turistas de saúde que visitam o país. Como complemento às cirurgias gerais, os centros hospitalares de Singapura oferecem serviços de topo extremamente especializados.

Quanto à constituição da oferta, esta caracteriza-se pela disponibilização de serviços pelo sector público e sector privado. Ao passo que 80% da prestação de cuidados de saúde são realizados pelo sector público e os restantes 20% pelo sector privado, as percentagens invertem-se na prestação de cuidados no turismo de saúde. Em 2007, Singapura possuía uma oferta de cerca de 11.500 camas hospitalares em 30 estabelecimentos.

Uma característica interessante dos hospitais e centros de prestação de cuidados de saúde em Singapura é o agrupamento destes centros. Os hospitais públicos, por exemplo, ou fazem parte do *National Healthcare Group* ou do *Singapore Health Services*. O agrupamento é visto como uma forma de obter economias de escala e de gama que existem nos serviços de saúde hospitalares. O Ministério da Saúde da Singapura explica este fenómeno como uma forma de promover serviços de saúde abrangentes e de qualidade, a preços aceitáveis, através de políticas de cooperação e colaboração entre os diversos estabelecimentos.

A maioria dos centros de prestação de cuidados de saúde de Singapura investe ativamente em campanhas de marketing internacional. Todos estes centros fazem parte de uma rede de referenciação internacional que interliga várias entidades, desde centros hospitalares, agências de viagens e outras instituições prestadoras de serviços a turistas de saúde.

Para fazer face à concorrência internacional dos restantes países asiáticos, Singapura criou uma agência de iniciativa governamental. O objetivo desta agência é tornar Singapura num dos destinos de eleição de turistas internacionais que procuram cuidados de saúde, através da promoção das instalações hospitalares e da cultura do país. As projeções de turismo de saúde neste país, para os próximos anos, são de crescimento alimentado pela recessão global, que terá o efeito de colocar o custo ainda mais no centro dos processos de decisão.

O Exemplo da Turquia no Turismo de Saúde Europeu

A Turquia tem-se evidenciado como o caso de sucesso na aposta no turismo de saúde europeu. O Ministério da Saúde da Turquia estima que, no ano de 2010, cerca de meio milhão de pessoas estrangeiras receberam cuidados de saúde em hospitais na Turquia, correspondendo a um volume de negócios da ordem dos 620 milhões de euros. Este valor representa um aumento de cerca de 70% relativamente aos valores registados em 2007.

A vontade da Turquia se integrar na União Europeia, o interesse em atrair investimento direto externo para este domínio e o crescimento do sector privado têm desenvolvido a indústria da prestação de cuidados de saúde neste país. A Turquia tem procurado estabelecer parcerias internacionais como forma de transmitir

maior credibilidade e qualidade de serviços com instituições de renome como o *Harvard Medical International*, *John Hopkins Medicine* e o *Memorial Sloan Kettering*.

O governo turco considera que a Turquia é um destino médico emergente, uma vez que atrai turistas pelos baixos custos médicos, uma boa localização geográfica e a adesão, cada vez com maior intensidade, aos níveis de exigência normativa europeia.

Os turistas de saúde que visitam a Turquia têm diversas origens. Os países do médio oriente são os principais países de origem dos turistas, seguidos de países onde a Turquia tem historicamente relações internacionais, como a Holanda, Alemanha e a Bélgica. As regiões do Cáucaso e também do norte de África assumem, ainda, alguma importância.

O principal fator de competitividade na prestação de turismo de saúde na Turquia é o fator preço, já que se consegue praticar preços bastante inferiores aos observados nos países de origem, sobretudo quando estão em causa economias desenvolvidas.

Ao mesmo tempo a Turquia tem realizado esforços para facilitar a entrada e integração de turistas de saúde no país. O aumento do número de voos para o país, a experiência de tratamento com seguradoras estrangeiras, devido a pessoas expatriadas no país e a flexibilização da obtenção de vistos por residentes dos Estados Unidos têm resultado na flexibilização de entrada de pessoas no país. Contudo, a Turquia tem procurado acrescentar valor ao lado turístico da visita dos estrangeiros, oferecendo serviços de tradução e excursões para visitar o riquíssimo património turco.

E. Requisitos para a Implementação

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

- / 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. Tal como acontece com empresas que criam marcas, governos que as promovem têm que sistematicamente investir nas mesmas para permanecerem na mente dos seus consumidores. Um investimento a longo prazo que é gradual e muitas vezes incremental sofre de forma significativa quando ocorre qualquer quebra a meio do processo, o que pode causar danos dificilmente recuperáveis.

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.

Adicionalmente, facilita o processo de angariação de fundos e de apoios para passos seguintes, porque há dados e factos concretos que mostram o valor acrescentado que tais medidas de promoção podem ter para a economia e para o país. Os investidores estão mais aptos a investir e os *stakeholders* a envolverem-se com o processo se existir uma base histórica de resultados quantitativos de suporte aos pedidos de investimento.

O grande desafio consiste exatamente na obtenção de resultados detalhados. Por um lado, deverão ser instituídos objetivos macro para o sector como um todo, por exemplo através do crescimento do peso do setor no PIB. Ao mesmo tempo, deverá haver objetivos específicos ao nível de cada subsector da cadeia de valor da saúde que permitam comparar a situação inicial e a situação final, para que se possa aferir o impacto da medida.

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. Torna-se necessário criar maior interoperabilidade entre as respetivas tecnologias de informação que permitam realizar a partilha de informação médica dos utentes e consumidores de uma forma segura. Por fim, a existência de mecanismos práticos que assegurem a continuidade da prestação dos serviços requer uma cooperação e estratégia de comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde.

A criação de redes de referência entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, centros de especialização e investigação é vital para se conseguir materializar esta cooperação e podem ser criadas com duas finalidades distintas: prestar melhores cuidados de saúde às populações e concretizar uma utilização mais racional das tecnologias de saúde disponíveis.

As redes de referência consistem no estabelecimento de contactos entre entidades que, de um modo voluntário, decidem partilhar informação e conhecimento especializado, numa determinada área. O objetivo pode ser o de explorar as potencialidades de cooperação que possam existir no domínio dos cuidados de saúde, nomeadamente de alta especialização, ou de procurar contribuir para a integração dos conhecimentos sobre determinada doença. Ao mesmo tempo, visa promover a melhoria do diagnóstico e a prestação de cuidados de saúde rentáveis, com elevada qualidade e acessíveis para todos os doentes.

Noutros casos, as redes de referência têm por finalidade reforçar a investigação e o controlo epidemiológico, incentivando a elaboração de parâmetros de referência comuns em matéria de qualidade e segurança.

As redes de referência podem ainda estar relacionadas com a maximização da utilização de recursos, nomeadamente tecnológicos, dado o elevado investimento que este tipo de equipamentos exige. Assim, ajudam a articular a prestação de serviços de saúde altamente especializados e de maior qualidade com outras instituições noutros países que possuem esse tipo de equipamento. As redes de referência servem como forma de ligação entre prestadores, através de uma relação de confiança no rigor científico e clínico existente e na partilha de conhecimento e tecnologia.

Existe ainda um potencial de racionalização que se pode obter com o conhecimento que é difundido nestas redes. A finalidade das redes neste contexto consiste na prestação de informações objetivas, fiáveis, transparentes e comparáveis de tecnologias de saúde que permite a outros elementos da rede determinar se a aquisição de determinado equipamento é economicamente rentável e suficientemente valiosa para justificar o investimento na mesma.

Produção e divulgação de estatísticas fiáveis

A qualidade de informação é essencialmente determinada pela sua adequabilidade ao fim pretendido. A dimensão intrínseca à qualidade de informação está relacionada com o rigor e objetividade. Ao mesmo tempo, diz respeito à reputação da origem da informação e à capacidade de levar as pessoas a acreditar que a informação é de confiança. Determinada informação é considerada de melhor qualidade se a compreensão da mesma é mais fácil. Por fim, a dimensão acessibilidade está relacionada com a facilidade com que obtemos a informação e o grau de segurança exigido para aceder a esta informação.

No que diz respeito à produção e divulgação de estatísticas fiáveis, quatro condições revelam-se necessárias ao sucesso da mesma:

- / Alinhamento dos comportamentos das pessoas no interior das instituições;
- / Sistema de informação de qualidade;

- / Processos rigorosos;
- / Consistência dos resultados.

Melhorar a qualidade interna dos processos ou introduzir um novo mecanismo no interior de qualquer organização implica um processo de mudança. Uma cultura de rigor e uma orientação para a melhoria são fatores fundamentais para se conseguir implementar maior qualidade e fiabilidade dos resultados em saúde. Cada colaborador deverá ter um pensamento alinhado e em sintonia com o objetivo pretendido.

Os comportamentos são fundamentais porque têm influência a vários níveis, desde a determinação do que se quer medir, à elaboração dos processos, ao rigor com que se introduz a informação no sistema de informação e à própria calibração do mesmo. Se em qualquer um dos exemplos referidos ocorrerem descuidos ou mecanismos menos bem pensados que comprometam uma fase deste sistema, o resultado final também será afetado.

O sistema de informação é necessário pois é o instrumento que é transversal a todo o processo de *input* de informação, processamento e armazenamento na base de dados e ao *output* com os filtros adequados para extrair informação da base de dados. Este sistema deverá ser algo que facilite a introdução de informação de acordo com os processos definidos, procedendo à organização da informação de acordo com critérios escolhidos para o tratamento da informação.

Processos rigorosos esclarecem a forma como as atividades devem ser desenroladas. Trata-se de um elemento que garante a disciplina e coerência dos resultados, sobretudo na coleção de dados, e a introdução dos mesmos no sistema de informação. A definição de processos menos claros, ambíguos e pouco práticos no uso quotidiano resulta em dificuldades em fases iniciais que comprometem o *output*. Em última instância, a qualidade dos resultados é função da qualidade dos dados introduzidos.

Consistência na qualidade dos resultados como um todo é importante para o consumidor final da informação que, tipicamente, associa idêntico grau de confiança aos diferentes parâmetros em análise. Caso haja algum parâmetro em que o consumidor possa ter outra forma de aferir o seu resultado, não só o parâmetro em análise tem a confiança comprometida, como também são afetados todos os outros parâmetros, na medida em que absorvem essa externalidade negativa. Torna-se, assim, importante reduzir a variabilidade da fiabilidade dos resultados, e conseqüentemente, dos erros nos resultados do conjunto de parâmetros medidos.

No entanto, estas quatro condições não são apenas necessárias individualmente, mas também como um todo. Caso não haja alinhamento entre os processos, os comportamentos e os sistemas de informação, dificilmente se conseguirá ter consistência dos resultados na variedade de parâmetros definidos.

Refira-se, por fim, que a aplicação desta medida é uma condição necessária para introduzir a livre escolha do local de prestação de determinados cuidados de saúde, uma vez que a produção de dados e a organização de informação orientada para o consumidor permite a este último escolher de forma mais informada as instituições que têm os melhores resultados no tratamento que pretende efetuar.

Turismo de saúde

O turismo de saúde carece em grande medida de estabelecer e fortalecer laços e parcerias com entidades no exterior para que as nossas instituições constem nas listas de referência dos países de origem do turismo de saúde. Estabelecer parcerias com prestadores e seguros de saúde que envolvam a apresentação das instalações em Portugal, bem como a partilha de conhecimentos, são formas de estreitar relacionamentos.

Esta medida incorpora também a criação de mecanismos e instrumentos que facilitem a comunicação entre o prestador nacional e o consumidor estrangeiro, nomeadamente através de plataformas *web* que estabeleçam canais de comunicação expeditos e amplos, que permitam a todos os consumidores potenciais obter a informação necessária para que estes se decidam a tratar-se em Portugal.

Os fatores que determinam o sucesso das iniciativas no turismo de saúde 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 identifique 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 referência "*word of mouth*".

As plataformas de informação na *internet* são o principal canal de distribuição destes produtos e serviços e principal portal de contacto com os potenciais clientes, permitindo 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.

Aliado ao primeiro ponto dos fatores críticos de sucesso do turismo de saúde temos ainda a necessidade de convencer os consumidores da qualidade do serviço prestado. A forma de persuadir consumidores a recorrer a determinados tratamentos em detrimento de outros não é ainda muito clara, pelo que o que muitas instituições fazem é procurar uma certificação de qualidade ou uma acreditação por uma entidade que confira confiança ao consumidor.

Os processos de acreditação surgem devido à falta de procedimentos de garantia de qualidade para organizações prestadoras de cuidados de saúde com o intuito de salvaguardar a segurança do consumidores e reduzir o risco de algo correr menos bem.

Os problemas ou as limitações com os processos de acreditação podem ser vários:

- / As necessidades comerciais podem dominar a imagem da acreditação;
- / Instituições em países emergentes podem não ter acesso ao processo de acreditação;
- / Não abrangem questões de ética;
- / Aliar aos interesses comerciais a garantia de qualidade e segurança aos seus produtos e serviços;
- / Potenciar o acesso a financiamento do exterior;
- / Atrair comércio para a instituição;

O sucesso do turismo de saúde 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 esse consumidor é convertido na opção por um local para realizar os tratamentos de saúde, é ainda uma barreira que deverá ser ultrapassada.

Os resultados clínicos podem pesar muito no processo de decisão anterior 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.

Esses resultados clínicos devem conter informação sobre a eficácia clínica por tratamento, instituição, profissional de saúde e por organização. As dificuldades na obtenção de informação fidedigna dos resultados clínicos têm várias origens.

A recorrência de tratamentos efetuados por outras entidades e a falta de cruzamento dessa informação entre instituições dificulta a aferição do resultado clínico do tratamento, pois não há uma clara relação causa-efeito para determinar a razão do sucesso da intervenção. Situações deste tipo surgem porque há uma gestão ineficiente das complicações e falta de estruturas para os cuidados pós-operatórios, muitas vezes de carácter continuado.

Uma outra barreira consiste na dificuldade de comunicação que poderá haver com o tratamento de pessoas de outros países. A prestação de cuidados de saúde é um processo de comunicação entre duas partes. Mesmo quando esses dois intervenientes partilham a mesma língua mãe existem dificuldades de Impactos Previstos

A penetração de instituições portuguesas nas redes de referenciação europeias é decisiva para dar a conhecer melhor a qualidade dos serviços de saúde que o país presta aos seus cidadãos e que pode prestar aos cidadãos de outros países que decidam recorrer a cuidados médicos em Portugal. Assim sendo, esta diretiva europeia pode funcionar como um estímulo para que se aposte na promoção de Portugal, dos seus produtos e serviços de saúde, atraindo-se utentes, investigadores e investidores.

Um dos impactes do turismo de saúde é a possibilidade de utilização de capacidade instalada para a prestação de cuidados de saúde excedentária, algo amplamente referido ao longo das entrevistas. Isto é, o custo de oportunidade de enveredar por esta alternativa é relativamente baixo, ou mesmo inexistente.

Outro impacte importante é o aumento do consumo no país, devido às atividades turísticas realizadas por pessoas provenientes do exterior. Esta medida apenas tem este resultado com a vinda de turistas novos. Pode dar-se o caso de a maioria das pessoas que faz turismo de saúde em Portugal já realizar turismo no país.

O turismo de saúde é também uma forma de fazer o “*reverse brain-drain*”, ou seja, inverter o esvaziamento do conhecimento da sociedade portuguesa pelo êxodo das pessoas bem qualificadas, para agora atrair esses profissionais que saíram do país e que podem ser importantes para a estratégia de turismo de saúde. Esta importância está relacionada com o facto de a promoção deste tipo de atividade estar centrada no reconhecimento do profissional de saúde que teve experiência profissional de prestígio no estrangeiro e que é a “bandeira” para aquela instituição poder atrair consumidores estrangeiros.

Com o sucesso desta medida, e o potencial de expansão da mesma, o turismo de saúde pode ser um motivo para atrair investimentos estrangeiros nas áreas hoteleiras ou de prestação de cuidados de saúde.

F. Plano de Ação

A concretização desta medida pressupõe que se conheçam em toda a sua extensão as 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 referência), ao mesmo tempo que se devem criar condições para que Portugal desenvolva fatores sustentados de competitividade nos diferentes níveis 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 deste estudo passa por analisar as instituições que prestam os cuidados de saúde (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 houve 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.

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.

G. Ações a Desenvolver

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.	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

04 / 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.

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, 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 produz a melhor relação custo/benefício possível. A excelência no setor das ciências da saúde será o principal contributo 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. 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, bem como sobre a qualidade e a equidade no acesso.

05 / BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2012a), "Contrato-Programa 2012: Metodologia Para Definição De Preços E Fixação De Objetivos", Documento disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116_Metodologia_2012.pdf, acedido a 22 de março de 2012.
- ACSS (2012b), "Cuidados De Saúde Primários: Metodologia De Contratualização", Documento elaborado pelos Departamentos de Contratualização das ARS, disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf, acedido em 29 de março de 2012.
- Anselin, L., Varga, A., & Acs, Z. (1997), "Local Geographic Spillovers Between University Research and High Technology Innovations", *Journal of Urban Economics*, Vol. 42, N.3, pp. 422–448.
- Ash, Arlene S. e Randall P. Ellis (2012), "Risk-Adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care", *Medical Care*, Vol. 50, N° 8, pp. 643-653.
- Barros, Pedro Pita (2009), *Economia Da Saúde: Conceitos E Comportamentos*, Coimbra: Edições Almedina, 2ª edição.
- Barros, P. Pita (2012), "Liberdade De Escolha Na Saúde", *Dinheiro Vivo*, 23 de Julho, disponível em <http://www.dinheirovivo.pt/Economia/Artigo/CIECO053590.html?page=0>, acedido a 2 de agosto de 2012.
- Barros, P. Pita e Luís Catela Nunes (2011), "10 Anos De Política Do Medicamento Em Portugal", disponível em www.pfizer.pt, acedido a 15 de novembro de 2012.
- Barros, P. Pita e Pau Olivella (2011), "Hospitals: Teaming Up", in S. Glied and P. Smith (editores), *The Oxford Handbook of Health Economics*, pp. 432-462, New York: Oxford University Press.
- Bloom, Nicholas, Been Eifert, A. Mahajan, David McKenzie e John Roberts (2011), "Does Management Matter? Evidence from India", NBER Working Paper 16658.
- Bloom, Nicholas, Carol Propper, Stephan Seiler e John Van Reenen (2010), "The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals", Acedido em <http://www.stanford.edu/~nbloom/hospitals.pdf>, a 15 de novembro de 2012.
- Blumenthal, David (2010), "Launching Hitech", *New England Journal of Medicine*, Vol. 362, N° 5, pp. 382-385.
- Blumenthal, David e Jennifer Dixon (2012), "Health-Care Reforms in the USA and England: Areas for Useful Learning", *The Lancet*, Vol. 380, N° 9850, pp. 1352-1357.
- Brenner, David J. e Eric J. Hall (2007), "Computed Tomography - an Increasing Source of Radiation Exposure", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 357, N° 22, pp. 2277-2284.
- Brown, RS, DG Clement, JW Hill, SM Retchin e Bergeron JW (1993), "Do Health Maintenance Organizations Work for Medicare?", *Health Care Financing Review*, Vol. 15, N° 1, pp. 7-23.

- Campos, Luís (2011), "O Registo de Saúde Eletrónico em Portugal", in D. Pereira, J. C. Nascimento e R. Gomes (editores), *Sistemas De Informação Na Saúde: Perspetivas E Desafios Em Portugal*, pp. 245-254, Lisboa: Edições Sílabo.
- Cassel, C. e James Guest (2012), "Choosing Wisely: Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 307, Nº 17, pp. 1801-1802.
- Caldeira, Mário, António Serrano, Rui Quaresma, Cristiane Pedron e Mário Romão (2012), "Information and Communication Technology Adoption for Business Benefits: A Case Analysis of an Integrated Paperless System", *International Journal of Information Management*, Vol. 32, Nº, pp. 196-202.
- Cancer-Bio-Santé. (2010). Missions et Stratégie du pôle. Obtido em 25 de agosto de 2012, de Cancer-Bio-Santé Pôle de Compétitivité: <http://www.cancerbiosante.fr/fr/pole/missions-et-strategie-du-pole.html>
- Christensen, Clayton M., Jerome Grossman e Jason Hwang (2009), *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*, New York: McGraw-Hill.
- Christianson, J. e Douglas Conrad (2011), "Provider Payment and Incentives", in S. Glied and P. Smith (editores), *The Oxford Handbook of Health Economics*, pp. 624-648, New York: Oxford University Press.
- Cooper, Zack, Stephen Gibbons, Simon Jones e Alistair McGuire (2011), "Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reforms", *The Economic Journal*, Vol. 121, Nº 554, pp. F228-F260.
- Costa, Carlos, Rui Santana e Paulo Boto (2008), "Financiamento Por Capitação Ajustada Pelo Risco: Conceptualização E Aplicação", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático, Nº 7, pp. 67-102.
- Cromwell, Jerry, Michael Trisolini, Gregory Pope, Janet Mitchell e Leslie Greenwald (2011), "Pay for Performance in Health Care", disponível em <https://www.rti.org/pubs/bk-0002-1103-mitchell.pdf>, acessado a 30 de julho de 2012.
- Deloitte, Research (2011), "Saúde Em Análise: Uma Visão Para O Futuro", disponível em [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf), acessado a 1 de agosto de 2012.
- Dembosky, April (2012), "Cyber Wards", *Financial Times*, 13 de Setembro.
- DiagnostikNet-BB (2012), disponível em DiagnostikNet-BB: <http://www.diagnostiknet-bb.de/en/diagnostiknet/about-the-network/aims-activities/>, acessado a 24 de agosto de 2012.
- Dicken, P. & Lloyd, P. (1977), *Location in Space*, New York: Harper and Row.
- Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.
- DoH South Africa (1996), National Drug Policy for South Africa, disponível em Department of Health, Republic of South Africa: <http://www.doh.gov.za/docs/policy/drugsjan1996.pdf>, acessado em 22 de agosto de 2012.

- Doran, Tim, Catherine Fullwood, Hugh Gravelle, David Reeves, Evangelos Kontopantelis *et al.* (2006), "Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom", *New England Journal of Medicine*, Vol. 355, N° 4, pp. 375-384.
- Espín, Jaime, Joan Rovira e Leticia García (2011), "Experiences and Impact of European Risk-Sharing Schemes Focusing on Oncology Medicines", EmiNet report, disponível em http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/risksharing_oncology_012011_en.pdf, acessado a 28 de agosto de 2012.
- European Cluster Observatory (2012), Cluster Management, disponível em European Cluster Observatory:http://www.clusterobservatory.eu/common/galleries/downloads/On_Clusters_-_Program_3.ppt, acessado em 24 de agosto de 2012.
- Fan, Ying (2010), "Branding the Nation: Towards a Better Understanding", *Place Branding and Public Diplomacy*, Vol. 6, N° 2, pp. 97-103.
- Fleming, L., & Waguespack, D. M. (2007), "Brokerage, Boundary Spanning, and Leadership in Open Innovation Communities", *Organization Science*, Vol. 18, N.2, pp. 165-180.
- Florida, R. (2002), *The Rise of the Creative Class*, New York: Basic Books.
- Fichman, Robert G., Rajiv Kohli e Ranjani Krishnan (2011), "Editorial Overview—the Role of Information Systems in Healthcare: Current Research and Future Trends", *Information Systems Research*, Vol. 22, N° 3, pp. 419-428.
- Gan, Lydia L. e Frederick, James R. (2009), "A Structure-Conduct-Performance Analysis of Medical Tourism in Singapore", disponível em <http://ssrn.com/abstract=1679504>.
- Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra e Carol Propper (2010), "Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service", The Centre for Market and Public Organisation, Working Paper N.º 10/242, disponível em <http://www.bristol.ac.uk/cmpo/publications/papers/2010/wp242.pdf>, acessado a 6 de setembro de 2010.
- Gaynor, Martin e Robert J. Town (2012), "Competition in Health Care Markets", in M. Pauly, T. G. McGuire and P. P. Barros (editores), *Handbook of Health Economics*, pp. 499-637, Elsevier.
- Glinos, Irene A., Rita Baeten e Hans Maarse (2010), "Purchasing Health Services Abroad: Practices of Cross-Border Contracting and Patient Mobility in Six European Countries", *Health Policy*, Vol. 95, N° 2-3, pp. 103-112.
- Golden, Brian e Frank Sloan (2008), "Physician Pay for Performance: Alternative Perspectives", in F. Sloan and H. Kasper (editores), *Incentives and Choice in Health Care*, pp. 289-317, Cambridge MIT Press.
- Goni (2004), "El Ajuste De Riesgos En El Mercado Sanitário", Jornadas de Economía de La Salud, El Escorial, Madrid, Asociación de Economía de La Salud.
- Graça, José, Raquel Deveza e Maria João Campos (2011), "Portugal no Contexto Europeu do Ehealth", in D. Pereira, J. C. Nascimento e R. Gomes (editores), *Sistemas De Informação Na Saúde: Perspetivas E Desafios Em Portugal*, pp. 61-84, Lisboa: Edições Sílabo.

- Grant, Adam e Jitendra Singh (2011), "The Problem with Financial Incentives - and What to Do About It", Knowledge at Wharton, disponível em <http://knowledge.wharton.upenn.edu/article.cfm?articleid=2741>, acessado a 15 de novembro de 2012.
- Gravelle, Hugh, Matt Sutton e Ada Ma (2010), "Doctor Behaviour under a Pay for Performance Contract: Treating, Cheating and Case Finding?", *Economic Journal*, Vol. 120 N° 542, pp. F129-F156.
- Gunderman, Richard B., John A. Patti, Frank Lexa, Jeffrey Weinreb, Bruce J. Hillman *et al.* (2010), "The 2009 Acr Forum: Health Care Payment Models", *Journal of the American College of Radiology : JACR*, Vol. 7, N° 2, pp. 103-108.
- Harrison-Walker, L. Jean (2011), "Strategic Positioning of Nations as Brands", *Journal of International Business Research*, Vol. 10, N° 2, pp. 135-147.
- Hibbard, Judith H., Jean Stockard e Martin Tusler (2005), "Hospital Performance Reports: Impact on Quality, Market Share, and Reputation", *Health Affairs*, Vol. 24, N° 4, pp. 1150-1160.
- Houle, D. e J. Fleece (2011), *New Health Age: The Future of Health Care in America*, United States of America: Sourcebooks.
- INE (2012), "Evolução Do Sector Empresarial Em Portugal - 2004-2010", Lisboa.
- Isard, W. (1956), *Location and Space-Economy*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kamath, S., Agrawal, J. & Chase, K. (2012). "Explaining Geographic Cluster Success—The GEMS Model", *American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 71, N.1, pp. 184–214.
- Kanavos, Panos, Sotiris Vadoros, Rachel Irwin, Elena Nicod e Margaret Casson (2011), "Differences in Costs of and Access to Pharmaceutical Products in the Eu", Documento elaborado a pedido do European Parliament - Directorate-General for Internal Policies, disponível em <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201201/20120130ATT36575/20120130ATT36575EN.pdf>, acessado a 28 de agosto de 2012.
- Kaplan, Robert S. e Michael E. Porter (2011), "How to Solve the Cost Crisis in Health Care", *Harvard Business Review*, Vol. 89, N° 9, pp. 46-64.
- Karabag, S. F., Tuncay-Celikel, A., & Berggren, C. (2011), "The Limits of R&D Internationalization and the Importance of Local Initiatives: Turkey as a Critical Case", *World Development*, Vol. 39, N° 8, pp. 1347-1357.
- Kauffman, Kauffman Task Force on Cost-Effective Health Care Innovation (2012), "Valuing Health Care: Improving Productivity and Quality", disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2042644, acessado a 15 de maio de 2012.
- Kemming, Jan Dirk e Özlem Sandikci (2007), "Turkey's EU Accession as a Question of Nation Brand Image", *Place Branding and Public Diplomacy* Vol. 3, N° 1, pp. 31 – 41.
- Kompetenznetz Angeborene Herzfehler (2012), disponível em Kompetenznetz Angeborene Herzfehler: <http://www.kompetenznetz-ahf.de/kompetenznetz/ueber-uns/>, acessado a 24 de agosto de 2012.
- Kompetenznetz HIV/AIDS (2012), disponível em Kompetenznetz HIV/AIDS: <http://www.kompetenznetz-hiv.de/>, acessado a 26 de agosto de 2012.

- Kompetenznetz Leukämie (2012), disponível em Kompetenznetz Leukämie: <http://www.kompetenznetz-leukaemie.de/content/home/>, acessado a 26 de agosto de 2012.
- Kompetenznetz Parkinson. (2012), disponível em Kompetenznetz Parkinson: <http://www.kompetenznetz-parkinson.de/index.html>, acessado em 26 de agosto de 2012.
- Le Grand, Julian (2007), *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*, London: Princeton University Press.
- Lyonbiopole (2012), disponível em Lyonbiopole: <http://www.lyonbiopole.com/index.html>, acessado a 24 de agosto de 2012,
- Ludwick, D. A. e John Doucette (2009), "Adopting Electronic Medical Records in Primary Care: Lessons Learned from Health Information Systems Implementation Experience in Seven Countries", *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 78, N° 1, pp. 22-31.
- Lunt, Neil, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen Green, Daniel Horsfall *et al.* (2012), "Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Soping Review", OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- Marshall, A. (1920), *Industrial Organization: The Concentration of Specialized Industries in Particular Localities*, in A. Marshall, *Principles of Economics*, 8th Ed. (Vol. Book IV). McMillan.
- Marshall, A. (1890), *Principles of Economics*, London: MacMillan.
- Martins, Teresa (2012), "Estudo Aponta Constrangimentos E Oportunidades: "Sistemas De Informação Podem Ser Vantagem Competitiva Para O País"", *Tempo Medicina*, 25 de junho.
- McCormick, Danny, David H. Bor, Stephanie Woolhandler e David U. Himmelstein (2012), "Giving Office-Based Physicians Electronic Access to Patients' Prior Imaging and Lab Results Did Not Deter Ordering of Tests", *Health Affairs*, Vol. 31, N° 3, pp. 488-496.
- Maynard, Alan (2012), "The Powers and Pitfalls of Payment for Performance", *Health Economics*, Vol. 21, N° 1, pp. 3-12.
- Meenan, Richard T., Michael J. Goodman, Paul A. Fishman, Mark C. Hornbrook, Maureen C. O'Keeffe-Rosetti *et al.* (2003), "Using Risk-Adjustment Models to Identify High-Cost Risks", *Medical Care*, Vol. 41, N° 11, pp. 1301-1312.
- Northrup, Jonathan, Marina Tarasova e Lee Kalowski (2012), "The Pharmaceutical Sector: Rebooted and Reinvigorated", in L. Burns (editores), *The Business of Healthcare Innovation*, pp. 32-115, Cambridge: Cambridge University Press, segunda edição.
- OCDE (2010), "Improving Health Sector Efficiency - the Role of Information and Communication Technologies", OECD Health Policy Studies.
- OCDE (2010), "Value for Money in Health Spending", OECD Health Policy Studies.
- OMC. (2012). Acuerdo plurilateral sobre Contratación Pública. Obtido em 23 de 8 de 2012, de Organización Mundial del Comercio: http://www.wto.org/spanish/tratop_s/gproc_s/gp_gpa_s.htm
- OMS (2000), "Health Systems: Improving Performance", disponível em <http://www.who.int/whr/2000/en/>, acessado a 15 de novembro de 2012.

- Oslo Cancer Cluster (2012), disponível em Oslo Cancer Cluster: <http://www.oslocancercluster.no/Default.aspx>, acessado a 24 de agosto de 2012.
- Perez, Gilberto e Ronaldo Zwicker (2010), "Fatores Determinantes Da Adoção De Sistemas De Informação Na Área De Saúde: Um Estudo Sobre O Prontuário Médico Eletrônico", *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, Vol. 11, pp. 174-200.
- Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force (2005), Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force: Competitiveness and Performance Indicators 2005, disponível em Department of Health, Pharmaceutical industry competitiveness and performance indicators: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_090477.pdf, acessado em 22 de agosto de 2012.
- Porter, M. E. (1990), *The Competitive Advantage of Nations*, New York: Free Press.
- Porter, M. E. (1998), "Clusters and the New Economics of Competition", *Harvard Business Review*, Vol. 76, N.6, pp. 77-90.
- Porter, Michael E. (2010), "What Is Value in Health Care?", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 363 N° 26, pp. 2477-2481
- Porter, Michael E. e Clemens Guth (2012), *Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System*, Berlin: Springer-Verlag.
- Porter, Michael E. e Elizabeth Olmsted Teisberg (2007), "How Physicians Can Change the Future of Health Care", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 297, N° 10, pp. 1103-1111.
- Pred, A. (1966), *The Spatial Dynamics of U.S. Urban-Industrial Growth*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Propper, Carol (2004), "Why Economics Is Good for Your Health", Centre for Market and Public Organisation, Working Paper Series, Número 05/116, disponível em <http://www.bristol.ac.uk/cmpo/publications/papers/2005/wp116.pdf>, acessado em 12 de outubro de 2009.
- Propper, Carol (2012), "Competition, Incentives and the English NHS", *Health Economics*, Vol. 21, N° 1, pp. 33-40.
- Propper, Carol, Simon Burgess e Denise Gossage (2008), "Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9", *Economic Journal*, Vol. 118, N° 525, pp. 138-170.
- Pugatch, Meir, Paul Healy e Rachel Chu (2010), "Sharing the Burden: Could Risk-Sharing Change the Way We Pay for Healthcare?", disponível em http://www.stockholm-network.org/downloads/publications/Sharing_the_Burden.pdf, acessado a 26 de agosto de 2012.
- Raitoharju, R.; Laine, M. (2006), "Exploring the differences in information technology acceptance between healthcare professionals" In *American Conference on Information Systems*, 12, Mexico. Proceedings, p. 2644-2651.
- Reisman, David A. (2010), *Health Tourism: Social Welfare through International Trade*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

- Ribeiro, José Mendes, Agostinho Barreto, Jorge Varanda, Jorge Penedo, José Carlos Caiado *et al.* (2011), "Os Cidadãos No Centro Do Sistema: Os Profissionais No Centro Da Mudança", Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.º 10601/2011 do Ministro da Saúde (publicado em Diário da República N.º 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011), disponível em <http://www.portugal.gov.pt/pt/GC19/Documentos/MS/RelReformaHospitalar.pdf>, acedido em 2 de janeiro de 2012.
- Rosenfeld, S. A. (1997), "Bringing Business Clusters into the Mainstream of Economic Development", *European Planning Studies*, Vol. 5, N.1, pp. 3–23.
- Rosenthal, Meredith e R. Dudley (2007), "Pay-for-Performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care?", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 297 N.º 7, pp. 740-744
- Santoro, R. e M. Conte (2009), "Living Labs in Open Innovation Functional Regions", Proceedings of the 15th International Conference on Concurrent Enterprising, Leiden, disponível em <http://www.esoce.net/Living%20Labs%20in%20Functional%20Regions%20-%20White%20Paper.pdf>, acedido a 5 de setembro de 2012.
- Saxenian, A. (1994), *Regional Advantage: Culture and Competition in Silicon Valley and Route 128*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Schokkaert, Erik, Geert Dhaene e Carine Van De Voorde (1998), "Risk Adjustment and the Trade-Off between Efficiency and Risk Selection: An Application of the Theory of Fair Compensation", *Health Economics*, Vol. 7, N.º 5, pp. 465-480.
- Scheffler, R. (2008), *Is There a Doctor in the House?: Market Signals and Tomorrow's Supply of Doctors*, Palo Alto: Stanford University Press.
- Silva, João (2010), "Fatores De Distorção Na Referênciação À Consulta Hospitalar De Psiquiatria: Contributo Para Uma Reorganização Do Serviço", Tese de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia da Universidade do Porto
- Sölvell, Ö., Linqvist, G., & Ketels, C. (2003), *The cluster initiative greenbook*, Stockholm: Ivory Tower.
- Sousa, Manuel Alves (2011), "Registo De Saúde Eletrónico: Arquitectura e Programa de Implementação", in D. Pereira, J. C. Nascimento e R. Gomes (editores), *Sistemas De Informação Na Saúde: Perspetivas E Desafios Em Portugal*, pp. 257-270, Lisboa: Edições Sílabo.
- Sydow, J., Lerch, F., Huxham, C., & Hibbert, P. (2011), "A silent cry for leadership: Organizing for leading (in) clusters", *The Leadership Quarterly*, Vol. 2, N.2, pp. 328-343.
- Szondi, Gyorgy (2010), "From Image Management to Relationship Building: A Public Relations Approach to Nation Branding", *Place Branding and Public Diplomacy*, Vol. 6, N.º 4, pp. 333-343.
- Topol, Eric (2012), *The Creative Destruction of Medicine*, New York: Basic Books.
- Visão (2011), "Venezuela: Atral Cipan Receberá 12 Meuro Pela Transferência De Tecnologia Na Produção De Antibióticos", disponível em <http://visao.sapo.pt/venezuela-atral-cipan-recebera-12-meuro-pela-transferencia-de-tecnologia-na-producao-de-antibioticos=f633023>, acedido a 31 de agosto de 2012.
- Webber, M. (1972), *Impact of Uncertainty on Location*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Wilson, E. J. (2012), "How to Make a Region Innovative", *Strategy+business*, pp.1-7.

Zhou, Yi Yvonne, Michael H. Kanter, Jian J. Wang e Terhilda Garrido (2010), "Improved Quality at Kaiser Permanente through E-Mail between Physicians and Patients", *Health Affairs*, Vol. 29, Nº 7, pp. 1370-1375.

ANEXO I - CARATERIZAÇÃO DA CADEIA DE VALOR

A cadeia de valor pode ser vista como o fluxo de atividades realizadas no interior de uma empresa com vista a fabricar um produto ou prestar um serviço. Assim, uma empresa adquire *inputs* (como por exemplo, matérias-primas, trabalho, capital) que integra e processa para produzir *outputs*. Por outro lado, a cadeia de valor pode ser vista como um fluxo de atividades entre empresas, onde os *outputs* de um conjunto de empresas são os *inputs* para outro conjunto de empresas. A análise do valor criado dentro de uma empresa ou subsetor ajuda a identificar a sua contribuição para o valor criado ao longo de toda a cadeia

A gestão da cadeia de valor, entendida em sentido amplo, tem os seguintes objetivos:

- / Otimizar as atividades gerais do conjunto de empresas que fazem parte da cadeia;
- / Coordenar toda a cadeia desde os fornecedores de materiais até aos clientes finais, em vez de se focar nos interesses individuais de cada membro da cadeia;
- / Aumentar a competitividade da cadeia como um todo, permitindo resultados positivos e ganhos de eficiência para todas as empresas envolvidas.

As cadeias de valor devem ser entendidas como parcerias entre as várias empresas. A colaboração inclui o planeamento coordenado de produção e distribuição para atender às necessidades dos clientes, normalmente baseado numa filosofia *just-in-time* que reduz os níveis de *stocks* e atrasos na disponibilidade do produto. O objetivo é determinar uma solução de menor custo global para o cliente final e para o fabricante. Para tal é necessário planear a procura com base em informações recolhidas junto dos clientes.

A otimização da cadeia de valor e a procura de eficiências operacionais constituem tendências e preocupações comuns no setor da saúde. Atualmente, assiste-se a um processo de globalização da cadeia (determinando uma maior integração da mesma) e, também, a fenómenos de subcontratação da produção, nomeadamente em países com economias emergentes. Assiste-se ainda à crescente integração entre as atividades industriais e de distribuição, sempre com o foco em ganhos de eficiência na respetiva cadeia.

Ao nível setorial é mais frequente examinar a cadeia de abastecimento do que a cadeia de valor. A cadeia de abastecimento é uma rede “virtual”, que acompanha o movimento de um produto desde a obtenção de matérias-primas e outros recursos produtivos, à sua produção e distribuição até ao local de consumo; é o trajeto percorrido pelo produto, em que cada etapa ao longo desse caminho define um elo na cadeia.

A otimização da cadeia de abastecimento é cada vez mais importante no setor da saúde, essencialmente devido às seguintes tendências:

- / Internacionalização das empresas e globalização da economia;
- / Rapidez de alterações nos mercados e na procura;
- / Necessidade de melhorar continuamente os níveis de serviços aos clientes;
- / Necessidade contínua de reduzir custos.

Outra tendência no setor da saúde em grande crescimento é o *outsourcing* de I&D, não apenas para instituições específicas de I&D, mas igualmente para empresas especializadas em determinadas atividades deste processo.

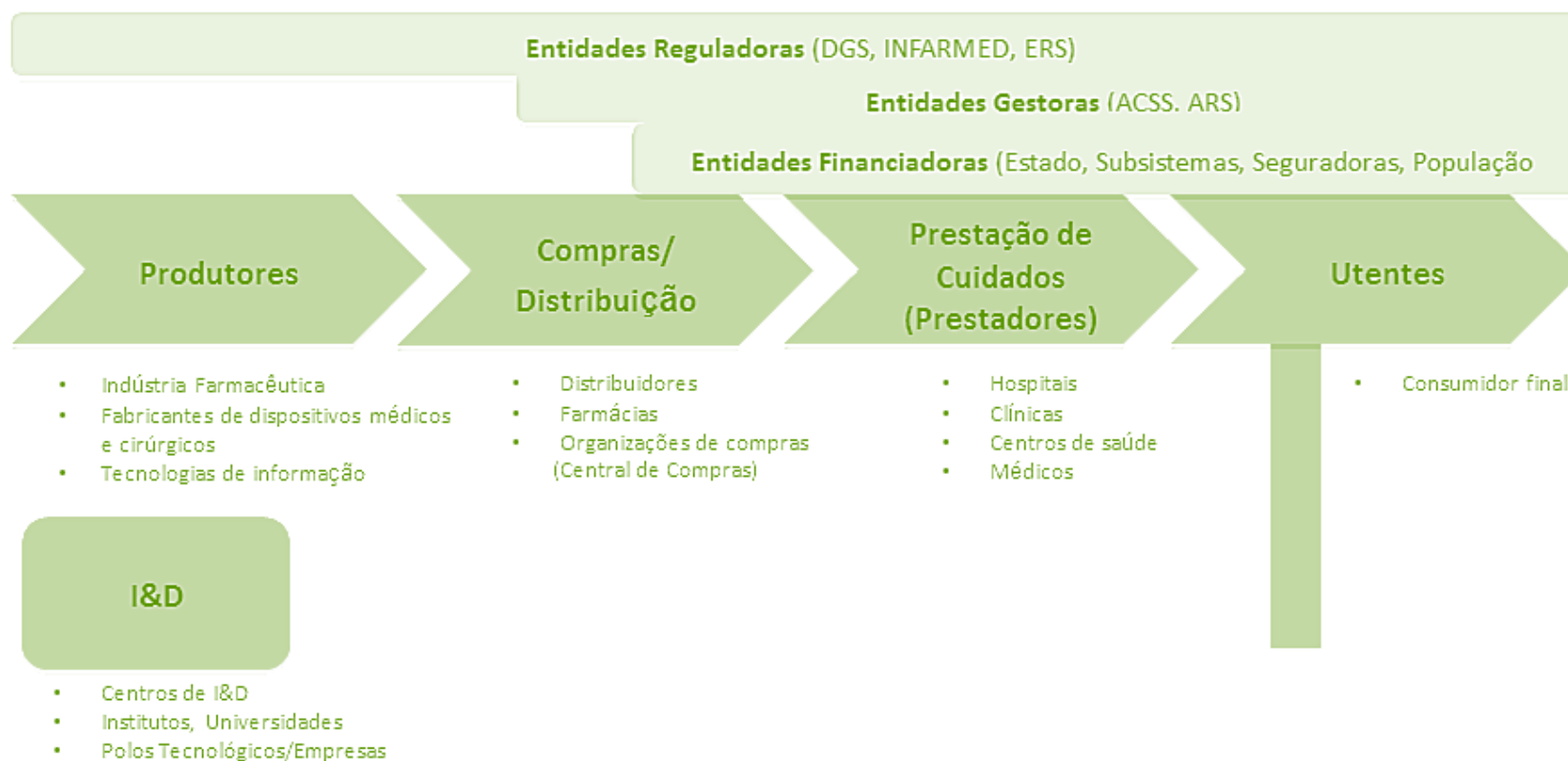
Atendendo às tendências e às pressões atuais, torna-se necessário intensificar os níveis de cooperação no *cluster* português da saúde, bem como as parcerias entre todos os elos da cadeia de valor e reforçar a cooperação entre as empresas e as instituições de I&D, para que o setor se torne mais competitivo.

A. Avaliação Integrada

Nos últimos anos, ocorreram alterações importantes na cadeia de valor do setor da saúde, nomeadamente no que diz respeito a processos de integração vertical e horizontal, ao aumento das transações eletrónicas e a um maior suporte e utilização das novas tecnologias.

A Figura 3 esquematiza os diversos elos e agentes envolvidos no setor da saúde e as relações que se estabelecem entre eles. Como se torna evidente, o Estado tem um papel transversal a todo o setor, em particular na componente de financiamento dos cuidados, mas também ao nível da I&D e da prestação de cuidados. O setor é fortemente regulado, através de múltiplas entidades, com diferentes graus e áreas de intervenção, consequência da presença de várias falhas de mercado, concentração excessiva de atividades e de poder de mercado.

Figura 3: A Cadeia de Valor no Setor da Saúde



Os Códigos de Atividade Económica (CAE) que serviram de base à caracterização dos diferentes elos da cadeia de valor do setor da saúde foram os que se apresentam no Quadro 2.

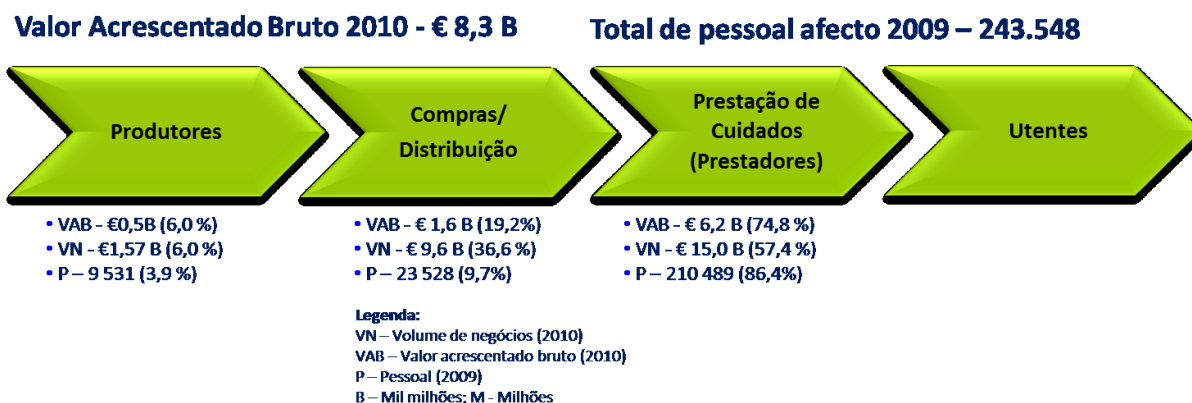
Quadro 2: Classificação das CAE por Tipo de Atividade

	CAE	DESCRIÇÃO
PRODUÇÃO	211	Fabricação de produtos farmacêuticos de base;
	212	Fabricação de preparações farmacêuticas;
	266	Fabricação de equipamentos de radiação, eletromedicina e electroterapêutica;
	325	Fabricação de instrumentos e material médico-cirúrgico;
DISTRIBUIÇÃO	4646	Comércio por grosso de produtos farmacêuticos;
	4773	Comércio a retalho de produtos farmacêuticos, em estabelecimentos especializados;
	4774	Comércio a retalho de produtos médicos e ortopédicos, em estabelecimentos especializados;
PRESTAÇÃO	861	Atividades dos estabelecimentos de saúde com internamento;
	862	Atividades de prática clínica em ambulatório, de medicina dentária e de odontologia;
	869	Outras atividades de Saúde Humana

B. O Contributo de Cada Elo

Como se pode verificar na Figura 4, o grande peso da cadeia de valor no setor da saúde situa-se na área da Prestação, que contribui com 75% do valor acrescentado de toda a cadeia e emprega 86% dos profissionais. A Distribuição corporiza cerca de 36% do VN, mas apenas 19% do VAB e 10% do emprego. Por fim, a Produção responde por cerca de 6% do VN e do VAB.

Figura 4 – Repartição do VN, VAB e Emprego por Subsetor

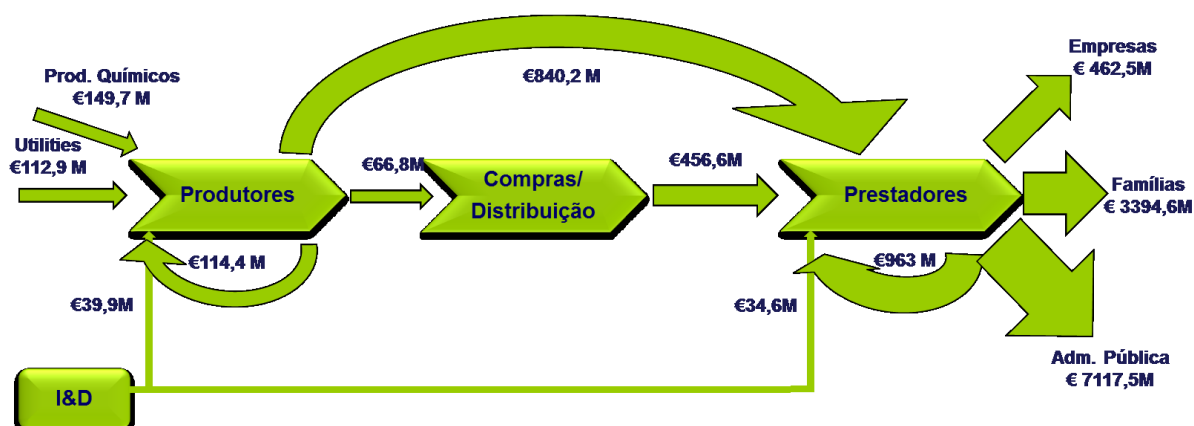


Fonte: Elaboração própria com dados da Central de Balanços do Banco de Portugal e da Conta Satélite da Saúde

Assim, a cadeia de valor no setor da saúde em Portugal caracteriza-se por uma forte presença na área da Prestação e por uma presença reduzida na área da Produção. A pequena dimensão deste elo cadeia em Portugal decorre de ser um subsector dominado pelas grandes multinacionais, cuja atividade em Portugal se limita a pouco mais do que a representação por delegações comerciais.

A análise que se apresenta em seguida apoia-se na matriz input-output elaborada pelo Departamento de Prospetiva e Planeamento e Relações Internacionais, do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, a partir de informação detalhada fornecida pelo INE e relativa a 2006. Esta matriz só está disponível para as CAE a dois dígitos, pelo que, relativamente às empresas produtoras, apenas é possível considerar as empresas de preparações e produtos farmacêuticos (CAE 21).

Figura 5 – Análise das Relações entre os Elos da Cadeia de Valor

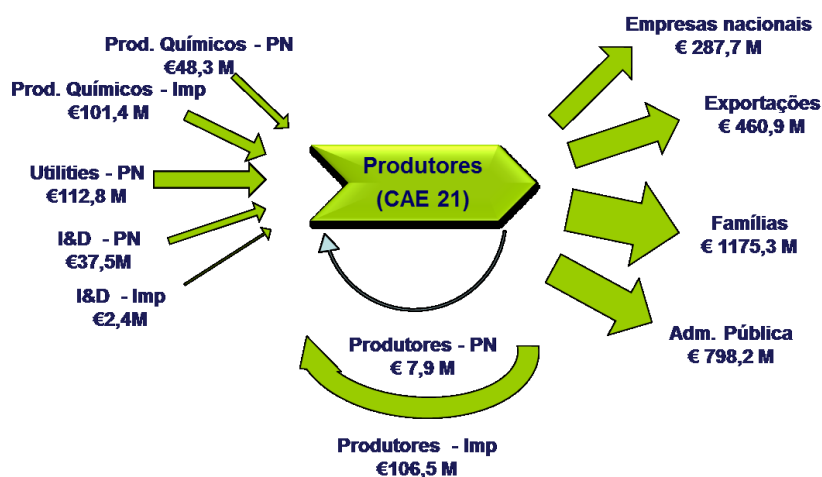


Fonte: Elaboração própria com base nas Matrizes de Input/Output elaboradas pelo DPP (Departamento de Prospetiva e Planeamento e Relações Internacionais) a partir de informação detalhada fornecida pelo INE (2008) e relativa ao ano de 2006.

alguns elos da cadeia. Assim, por exemplo, analisando os destinos da produção do elo Investigação e

Desenvolvimento Científicos (CAE 72) para consumo intermédio de outras atividades económicas, verifica-se que 39,9 milhões de euros (7,8%) são usados na produção de produtos farmacêuticos e 34,6 M € (6,8%) na prestação de serviços de saúde (CAE 86). Para além de usarem I&D, as empresas produtoras de produtos farmacêuticos usam produtos químicos (149,7 M €), produtos farmacêuticos de outras empresas produtoras (114,4 M €) e *utilities* (eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio no valor de 112,9 M €). Há ainda outros consumos intermédios no montante de 423,2 M €. As empresas produtoras de produtos farmacêuticos destinam 64,7 M da sua produção a empresas de comércio por grosso (CAE 46) e 2,1 M € a empresas de comércio a retalho (CAE 47), num total destinado à distribuição de 66,8 M €. Porém, destes fluxos, apenas 3,6 M € (5,4%) dizem respeito a produção nacional, sendo 63,1 M € (94,6%) resultado de importações.

Figura 6 – Análise dos Fluxos no Subsetor da Produção

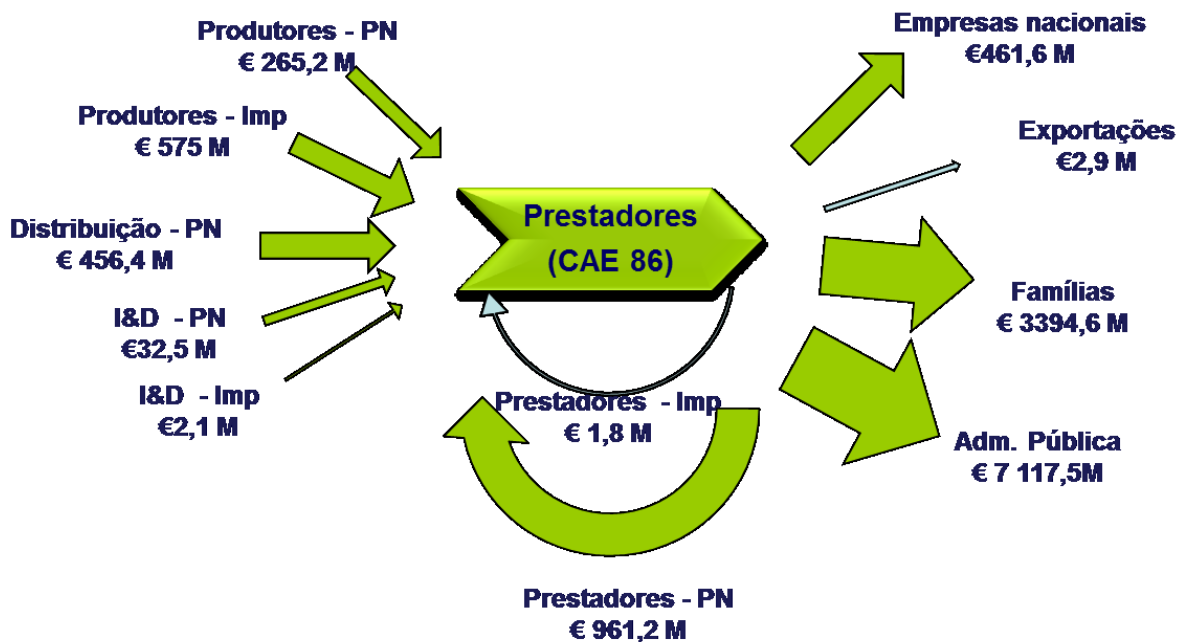


Fonte: Elaboração própria com base nas Matrizes de Input/Output elaboradas pelo DPP (Departamento de Prospetiva e Planeamento e Relações Internacionais) e informação detalhada fornecida pelo INE (2008).

Note-se, também, que dos 114,4 M € de produtos farmacêuticos que são usados pelas empresas produtoras, 106,5 M € (isto é, 93,1%) são importados e apenas 7,9M (6,9%) são produção nacional. Cerca de 94% da I&D usada pelas empresas tem origem nacional. Em consumos intermédios, as empresas nacionais usaram 295,6 M € (26,7%) de euros de bens produzidos por empresas nacionais da CAE 21 e recorreram a 809,7 M € de importações (73,3%). Do montante de 295,6 M €, foram usados 7,9 M € por outras empresas de produtos farmacêuticos, sendo os restantes 287,7 M usados por empresas de outros setores de atividade, com destaque para as empresas de prestação de serviços de saúde que usaram 265,2 M €. As famílias adquiriram 1175,3 M de euros de produtos farmacêuticos (em consumo final), dos quais 395,6 foram produção nacional (33,7%) e 779,7 M € (66,3%) foram importados. A administração

pública recorreu a 798,2 M € em consumo final, dos quais 279,6 M € (35%) foram produção nacional e 518,7 M € (65%) foram importados.

Figura 7 – Análise dos Fluxos no Subsetor da Prestação



Fonte: Elaboração própria com base nas Matrizes de Input/Output elaboradas pelo DPP (Departamento de Prospeção e Planeamento e Relações Internacionais) e informação detalhada fornecida pelo INE (2008).

Analisando os fluxos no subsetor dos prestadores, verifica-se que estes absorveram, como atrás se havia concluído, 265,2 M € da produção nacional das empresas produtoras de bens farmacêuticos e, para realizarem a sua atividade, tiveram ainda de recorrer a 575 M € de bens importados relativos a esta CAE. Da distribuição para os prestadores há um fluxo total de 456,6 M € que é, na quase totalidade, proveniente da produção nacional (456,4 M €). As empresas prestadoras de cuidados de saúde vendem 961,2 milhões de euros a outras empresas nacionais prestadoras de cuidados de saúde e cerca de 461,6 milhões de euros a empresas nacionais que realizam outras atividades (para consumo intermédio).

Por outro lado, a capacidade exportadora do subsetor da prestação é incipiente, ao contrário do que acontece no subsetor da produção.

Em síntese, de acordo com esta fonte, as exportações das empresas produtoras de bens farmacêuticos foram de 460,9 milhões de euros (Figura 8). Estas empresas para desenvolverem a sua atividade recorreram a *inputs* importados no valor de 281 M €. Por outro lado, as importações totais de produtos farmacêuticos foram de 809,7 M € (dos quais 575 M € foram usados na prestação de serviços). As

exportações das empresas prestadoras de serviços foram de apenas 2,9 M €. As empresas prestadoras usam *inputs* importados no montante de 1123 M € para realizar a sua atividade (onde se destacam 575 M € de produtos farmacêuticos, 165,3 M € de produtos químicos e 153,5 M € de mobiliário).

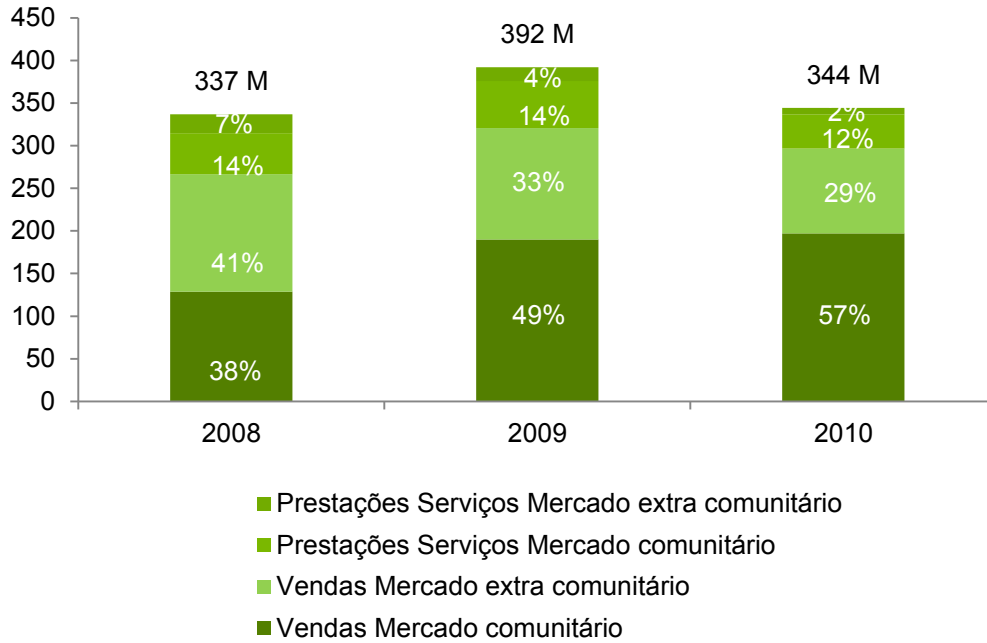
Figura 8 – Importações e Exportações



Fonte: Elaboração própria com base nas Matrizes de Input/Output elaboradas pelo DPP (Departamento de Prospecção e Planeamento e Relações Internacionais) e de informação detalhada fornecida pelo INE (2008).

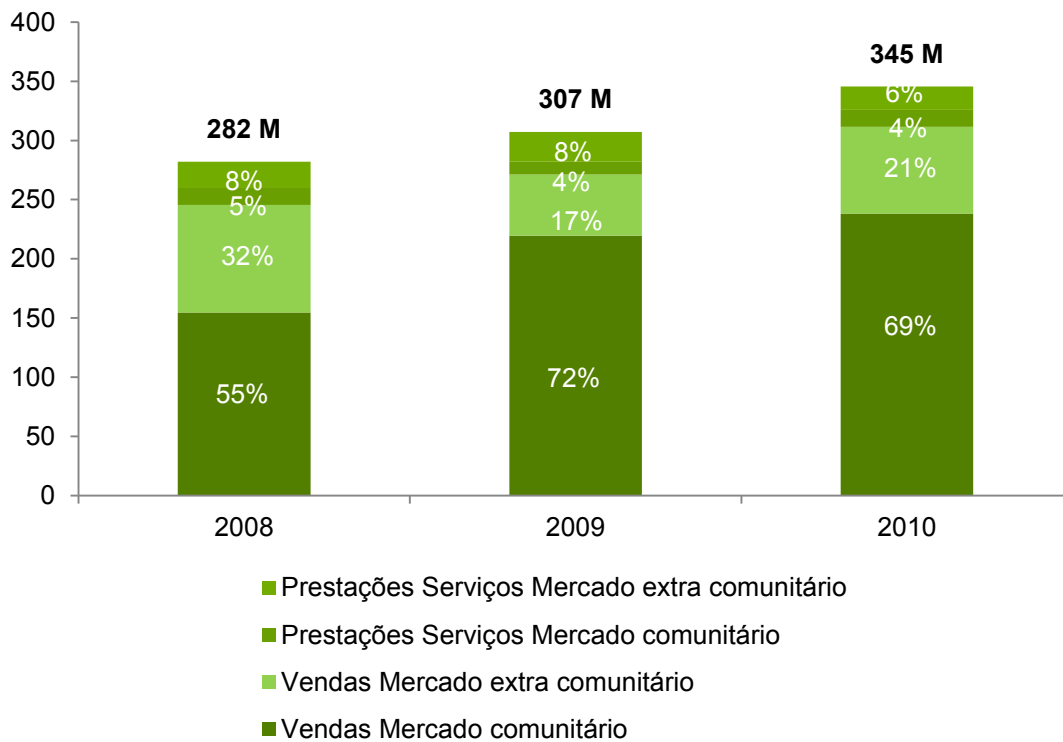
A base de dados SABI permite obter uma análise da evolução das exportações de bens e prestações de serviços, para os anos de 2008 a 2010, desagregando as empresas produtoras (CAE 211, 212, 266 e 325), as empresas distribuidoras (CAE 4646, 4773 e 4774) e as empresas prestadoras (CAE 861, 862 e 863).

Figura 9 – Exportações de Bens e Prestações de Serviços das Empresas Produtoras



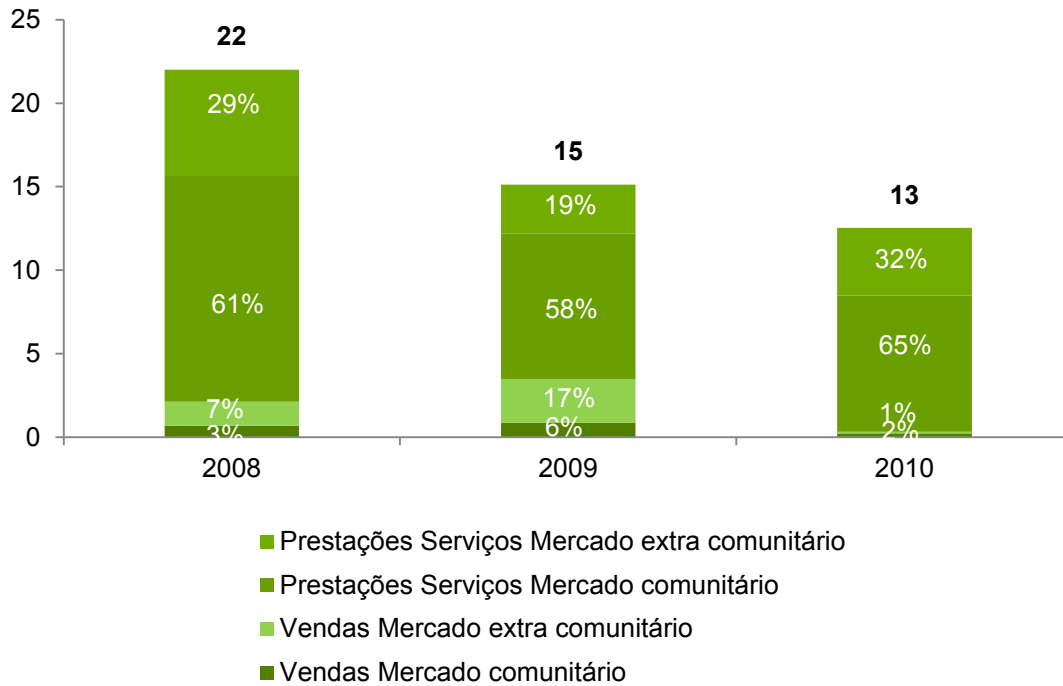
Fonte: SABI

Figura 10 – Exportações de Bens e Prestações de Serviços das Empresas Distribuidoras



Fonte: SABI

Figura 11 – Exportações de Bens e Prestações de Serviços das Empresas Prestadoras



Fonte: SABI

Estes valores confirmam a reduzida importância das exportações nas empresas prestadoras de serviços e permitem avaliar a importância das exportações de bens por parte das empresas distribuidoras. Ao nível da prestação, a capacidade de prestar serviços ao exterior deverá ser desenvolvida, em articulação profunda e aproveitando sinergias com a produção e com as áreas de I&D.

Em suma, o setor da saúde tem dado passos seguros no sentido de aumentar a competitividade externa na parte mais a montante da cadeia de valor. Ainda assim, a produção enfrenta os problemas genéricos que a economia portuguesa evidencia: dependência ao nível do fornecimento de matérias-primas e outros *inputs*, excessiva intervenção por parte da área da distribuição e incapacidade de absorver uma parte significativa do valor criado.

ANEXO II – ANÁLISE SWOT

A análise qualitativa é fundamental para identificar aspetos ligados à cadeia de valor da saúde que não são mensuráveis, embora sejam necessários para a caracterização da perceção que os intervenientes dos diversos segmentos têm sobre o setor da saúde e sobre a sua área específica de atividade. Para a sua elaboração, realizaram-se entrevistas a vários intervenientes do setor, assim como um inquérito aos associados do Health Cluster Portugal.

A. Entrevistas

A opção de realizar entrevistas foi considerada uma das formas essenciais de recolher informação mais aprofundada sobre o setor. Conduzir um processo de entrevistas permite conhecer melhor as dificuldades e as mais-valias sentidas pelos intervenientes no setor, assim como compreender o funcionamento das suas várias atividades e identificar com maior precisão os principais condicionalismos a uma maior competitividade.

Seleção dos entrevistados

A seleção dos entrevistados foi realizada de modo a procurar replicar a cadeia de valor da saúde, procurando conhecer as opiniões e ideias de alguns dos principais representantes dos diferentes elos dessa cadeia. Identificou-se um leque de personalidades que fosse representativo dos diversos segmentos do setor da saúde, e da potencial diversidade de problemas sentida dentro de cada segmento, sem alargar demasiadamente o leque de entrevistados, dada a dificuldade de operacionalizar esse processo, em termos temporais.

Assim, a seleção dos entrevistados baseou-se na sua experiência profissional, no tipo de atividade realizada pela empresa ou instituição que representam, no seu papel de liderança e de capacidade de conhecer a realidade do subsector nas suas diferentes vertentes, abrangendo as seguintes áreas:

- / Sistemas de informação;
- / I&D;
- / Biotecnologia;
- / Indústria farmacêutica;
- / Prestadores de cuidados de saúde públicos e privados;
- / Laboratórios;
- / Distribuição de medicamentos e dispositivos médicos;

- / Dispositivos médicos;
- / Ensino e formação

Processo de realização das entrevistas

As entrevistas visaram obter dos entrevistados informação pertinente sobre o setor da saúde e indicar possíveis pistas para melhorar a competitividade do setor. Como cada entrevistado representava diferentes subsectores, a entrevista foi adaptada para poder absorver essas perspetivas distintas e captar as diversas vicissitudes que definem as várias áreas.

As entrevistas foram constituídas, essencialmente, por duas partes. Na primeira, o entrevistado era questionado quanto ao que, no seu entender, eram os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças para o sector da saúde como um todo. Como muitos dos entrevistados se sentiam menos confortáveis para comentar o setor como um todo, acabaram por, na essência, caracterizar o subsector específico à sua atividade.

Na segunda parte da entrevista, eram solicitadas possíveis medidas, a implementar no sector da saúde, que pudessem ajudar a resolver os problemas de competitividade e sustentabilidade. Nas entrevistas realizadas na parte final do trabalho foram também apresentadas, para comentário e análise, algumas das propostas de melhoria do setor de entrevistados anteriores. Pretendeu-se, assim, aferir as possíveis reações à implementação das medidas propostas.

Para cada entrevista foi realizada uma ata e foram sintetizados os principais pontos referidos.

Tratamento da informação resultante das entrevistas

Na realização das entrevistas foi assegurado o seu carácter confidencial. O grupo de trabalho comprometeu-se a divulgar a informação, apenas de um modo agregado e não individualizado.

Através dos dados das atas e das interpretações dos elementos da equipa quanto às informações que foram transmitidas pelos entrevistados, foi efetuada uma análise SWOT para cada segmento. Simultaneamente, realizou-se uma seleção das áreas e medidas de intervenção mais frequentemente referidas e perçecionadas pela equipa como sendo as mais relevantes para serem colocadas no inquérito a submeter para a apreciação de uma amostra maior de empresas e instituições.

B. Inquérito

Objetivo e seleção dos inquiridos

O inquérito foi realizado com o objetivo de procurar validar as conclusões retiradas das entrevistas. Procurou, ainda, obter contributos adicionais, já que em todas as questões foi colocado um campo aberto que permitia respostas alternativas às opções apresentadas. Os inquiridos foram os associados do *Health Cluster* Portugal, cerca de 128 empresas e instituições. A escolha desta amostra residiu na oportunidade de aceder a um conjunto de organizações que atuam no setor e da sua maior disponibilidade para participarem no estudo. A desvantagem desta amostra é não ser totalmente representativa da cadeia de valor da saúde.

Através dos resultados do inquérito seriam obtidos os fatores considerados mais relevantes pelos associados do *Health Cluster* da saúde a considerar na proposta de medidas que permitam tornar o setor mais competitivo e sustentável.

Estrutura do inquérito

O inquérito era constituído por três partes:

- / Parte A - Análise *SWOT* do sector de saúde como um todo;
- / Parte B - Competitividade externa;
- / Parte C - Caracterização da entidade.

A primeira parte do inquérito solicitava aos inquiridos que escolhessem os cinco itens mais importantes (nos pontos fortes e fracos, nas ameaças e nas oportunidades) e que lhes atribuíssem uma ordenação. O item mais importante recebia 5 pontos, o segundo 4 e assim sucessivamente. A lista de itens que os inquiridos podiam escolher (de acordo com a síntese das entrevistas) é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3: Listagem de Pontos Fortes e Fracos, Oportunidades e Ameaças

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> / Qualidade dos recursos humanos / Capacidade de adoção de tecnologias de informação / Possibilidade de utilização de marca “União Europeia” / Flexibilidade das empresas produtoras para produzir pequenas séries de produtos / Investigadores com boa reputação internacional / Conhecimento acumulado (na área de I&D) / Boa rede de distribuição / Qualidade reconhecida do sistema de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> / Intervenção do Estado excessiva e instável / Falta de responsabilização dos gestores e colaboradores / Acumulação de exercício de funções em instituições públicas e privadas por parte dos profissionais de saúde / Resistência à mudança e excesso de poderes corporativos / Falta de competências de gestão / Ineficiência na utilização dos recursos / Falta de qualidade de informação / Falta de transparência da informação e de <i>benchmarking</i> entre os prestadores de cuidados / Enfoque excessivo do Ministério da Saúde na doença e menos na prevenção / Desarticulação entre os diferentes <i>players</i> / Falta de reconhecimento e credibilidade internacional de Portugal como uma referência na área da saúde / Falta de planeamento e visão estratégica para o setor da saúde / Excessiva alavancagem financeira / Reduzida dimensão do país e do mercado interno / Poucas empresas de dimensão significativa a operar neste setor / Investigadores pouco sensibilizados para o ambiente empresarial / Dificuldade na transformação do conhecimento em novos produtos e serviços / Desconhecimento sobre a área das patentes / Incapacidade de gestão de recursos humanos / Excesso de capacidade instalada

OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> / Crescimento económico nos PALOP e na América Latina / Nichos de mercado (antibióticos, oncológicos, dispositivos médicos, medicina personalizada,...) / Abordagem portuguesa na exportação e internacionalização (respeito pelos povos, humildade, cooperação, afabilidade, ...) / Possibilidade de realização da transferência de tecnologia para outros países / Tendência de externalização de I&D das grandes empresas farmacêuticas / Atração de ensaios clínicos para Portugal / Diretiva europeia sobre os cuidados de saúde transfronteiriços / Turismo de saúde: Infraestruturas de turismo existentes / Turismo de saúde: condições climatéricas e ambientais / Desenvolvimento do <i>E-health</i> 	<ul style="list-style-type: none"> / Redução do mercado / Concorrência externa / Deslocalização da produção para outros países / Conjuntura política e económica que enviesa para a racionalização dos custos / Grande atrasos nos pagamentos / Dificuldades no financiamento de projetos de investimento / Pouca proteção dada às empresas nacionais nas políticas e processos de aquisição de bens e serviços (por parte das entidades públicas) / Abertura dos mercados europeus para a importação e protecionismo dos mercados para onde as empresas europeias querem exportar / Deslocalização dos centros de investigação das empresas para mercados emergentes / Desinvestimento global na investigação / Fuga de investigadores e outros quadros qualificados para outros países / Diretiva sobre os cuidados de saúde transfronteiriços

Posteriormente, era apresentada uma lista de áreas e medidas com o intuito de aumentar a competitividade e a inovação do setor da saúde e pedia-se aos inquiridos que identificassem as cinco que considerassem como prioritárias, classificando-as por ordem de importância. As medidas identificadas são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4: Áreas e Medidas de Intervenção

- / Desenvolver os cuidados de saúde primários, apostando em mecanismos de contratualização incentivadores da eficiência;
- / Introduzir a possibilidade de o SNS contratualizar a prestação de cuidados de saúde com os setores privado e social;
- / Promover uma maior concorrência efetiva entre as empresas do setor da saúde, assegurando igualdade de condições a todas;
- / Concretizar a liberdade de escolha pelo cidadão e financiar de acordo com essas escolhas;
- / Reduzir a capacidade instalada no setor hospitalar;
- / Alargar a rede de cuidados continuados;
- / Generalizar a utilização de mecanismos de avaliação clínica e de avaliação económica em todos os processos de aquisição;
- / Promover a utilização e generalização de normas de orientação clínica;
- / Assegurar meios de financiamento da atividade a custos razoáveis;
- / Aumentar os preços (medicamentos, MCDT, etc.);
- / Desenvolver os sistemas de informação;
- / Definir uma carteira de serviços garantidos pelo SNS;
- / Flexibilizar a gestão de recursos humanos, em especial os mais qualificados;
- / Incentivar o exercício de funções dos profissionais de saúde em exclusividade;
- / Promoção da imagem internacional de Portugal como produtor de bens e serviços de saúde de qualidade;
- / Criar *miniclusters* da saúde em nichos específicos onde exista já conhecimento acumulado;
- / Facilitar e promover a realização de ensaios clínicos.

Na parte B do inquérito procurava-se aferir o estado da competitividade externa das entidades inquiridas já que o objetivo fundamental do trabalho era o de determinar formas de aumentar a competitividade do setor. Algumas questões centraram-se na caracterização do peso das vendas e prestação de serviços na atividade total da entidade e da sua evolução ao longo do tempo.

Dada a natureza distinta da variedade de associados do *Health Cluster* Portugal, havia que distinguir a forma como os mesmos competem a nível internacional. Assim, uma das secções desta parte estava mais orientada para as empresas (onde se solicitava a caracterização do resultado das suas atividades no exterior) e outra para as instituições de ensino, formação e investigação (onde se solicitava o enquadramento da sua atividade em função do número de publicações realizadas).

Na perspetiva de avaliar quais os locais que, na ótica dos inquiridos, seriam os mercados preferenciais para exportação, essa questão foi também colocada no inquérito, considerando não apenas os mercados atualmente mais relevantes, como também aqueles onde existe a expectativa que a curto prazo possam assumir uma elevada importância.

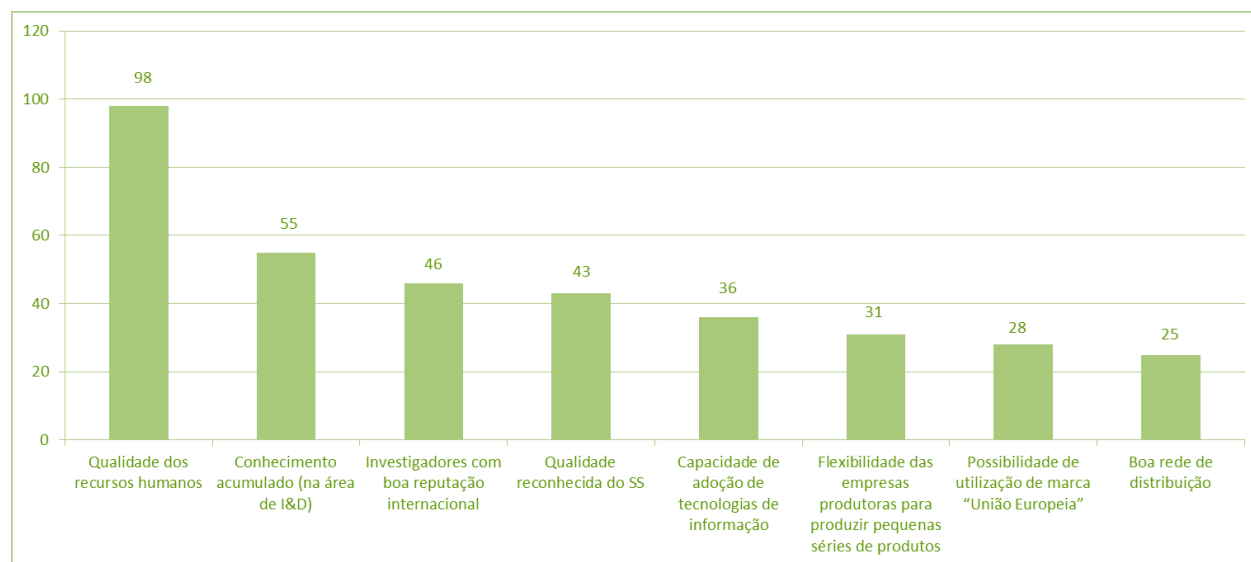
Por fim, na parte C do inquérito, procurou caracterizar-se a entidade inquirida (para posterior avaliação da representatividade da amostra) centrando-se as questões em torno da localização geográfica, número de funcionários, área de atividade principal e o volume de negócios.

C. Resultados da Análise SWOT

Foram recebidas 27 respostas ao inquérito (o que representa uma taxa de resposta de 21%)⁴². Relativamente à análise SWOT, os fatores que receberam uma maior pontuação por parte das instituições foram os que se apresentam nos gráficos seguintes.

D. Pontos Fortes

Gráfico 17: Pontos Fortes com Maior Pontuação

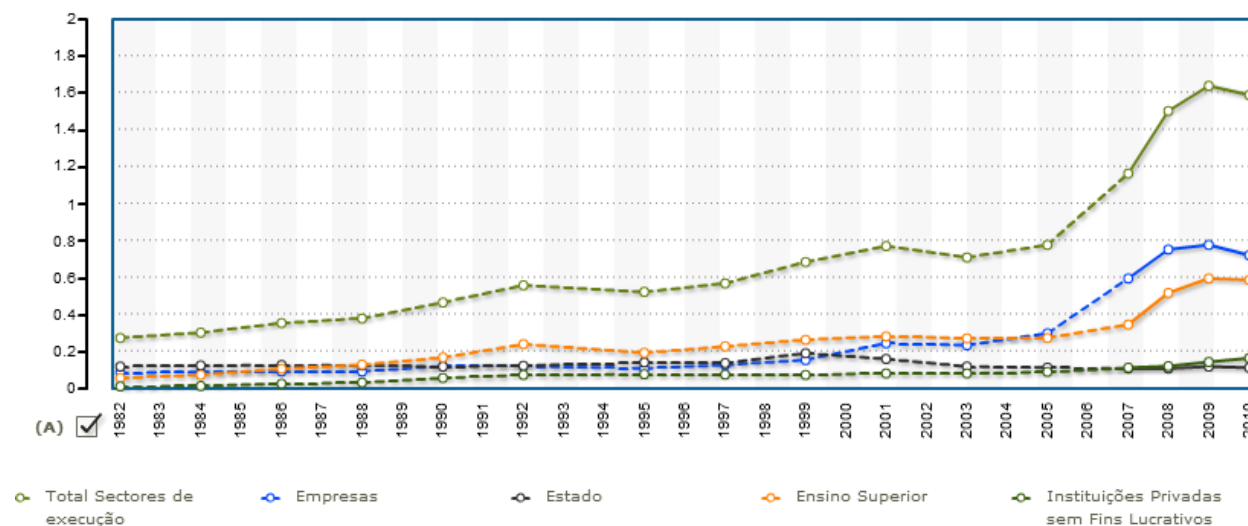


⁴² Devido ao reduzido número de respostas não se afigurou relevante apresentar uma síntese dos resultados da parte B.

Qualidade dos recursos humanos. O principal ponto forte do setor da saúde no entender dos inquiridos e entrevistados reside na qualidade dos recursos humanos e, em particular, dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos), mas também em áreas como as tecnologias de informação ou na área química. Por outro lado, diversos entrevistados salientaram a carência de competências de gestão, sobretudo no domínio da prestação de cuidados e lacunas de competências em termos de logística, gestão intermédia, de processos e de pessoas.

Conhecimento acumulado (na área de I&D). Foi salientada a existência de um forte investimento nos últimos anos em I&D que permitiu a acumulação de conhecimento, como se pode constatar no Gráfico 18. Este conhecimento tem sido desenvolvido na área académica, mas também na indústria e na prestação de cuidados hospitalares. No entanto, o crescimento significativo em I&D tem diminuído nos anos mais recentes, como consequência da diminuição do apoio público e das dificuldades de acesso a financiamento privado.

Gráfico 18: Despesas em I&D em % do PIB

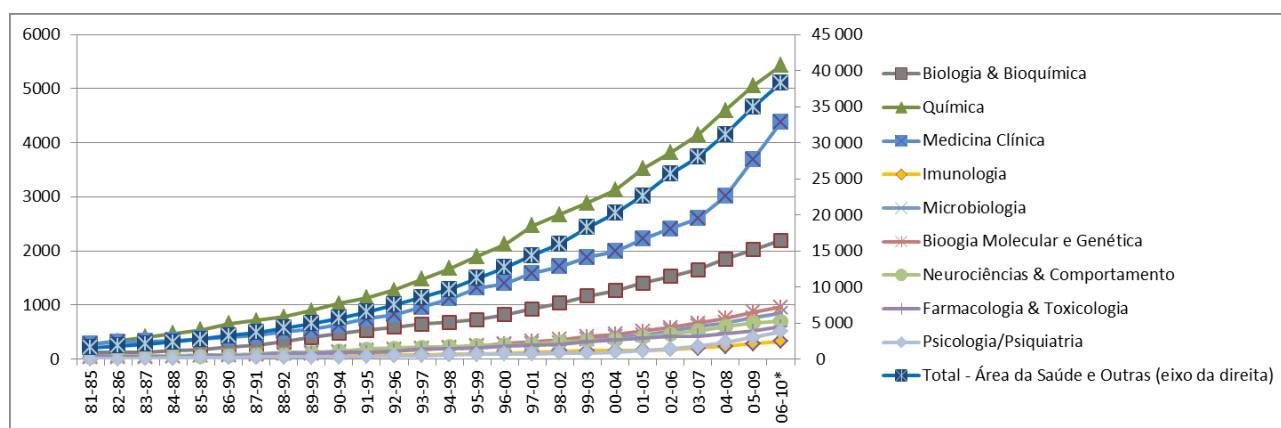


Fontes/Entidades: INE-BP, GPEAR/VMCTES, PORDATA

Fonte: Pordata, dados obtidos a 29 de Agosto de 2012

Investigadores com boa reputação internacional. A produção científica portuguesa na área das ciências da saúde tem tido uma evolução notável. Não só o número de publicações aumentou, mas o impacto das mesmas, medido pelo número de citações, atesta a melhoria da produção científica.

Gráfico 19 : Número de Publicações



Fonte: Dados sobre a produção científica portuguesa acedidos em <http://www.gpeari.mctes.pt/ct>

Por outro lado, existem centros de investigação com reputação mundial. Em 2011, o Instituto Gulbenkian de Ciência ficou em 9º lugar como melhor instituição não localizada nos EUA para os doutorados trabalharem (com base num inquérito realizado aos leitores da revista *The Scientist*)⁴³. Em 2012, o primeiro lugar foi ocupado pela Fundação Champalimaud⁴⁴.

Capacidade de adoção de tecnologias (de informação). Portugal apresenta índices avançados de adesão tecnologias de informação e de comunicação. Por exemplo, as taxas de utilização de multibancos, telemóveis e portagens eletrónicas são das mais elevadas a nível mundial. O setor das tecnologias de informação tem crescido a taxas superiores à média europeia e a dinâmica de criação de empresas no setor é superior à da economia como um todo.

Qualidade reconhecida do sistema de saúde. O grau de satisfação dos utentes, os ganhos em saúde e o acesso generalizado a cuidados são fatores que atestam a qualidade do sistema de saúde português.

Flexibilidade das empresas produtoras para produzir pequenas séries de produtos. Na produção de medicamentos tem havido uma grande deslocalização da produção para países como a China e a Índia, que são capazes de produzir elevadas quantidades a custos muito reduzidos. Estes países apostam no modelo dos grandes volumes, beneficiando de economias de escala, o que funciona bem no mercado dos EUA que é vasto e uniforme a nível de preferências e legislação. Porém, no entender de alguns

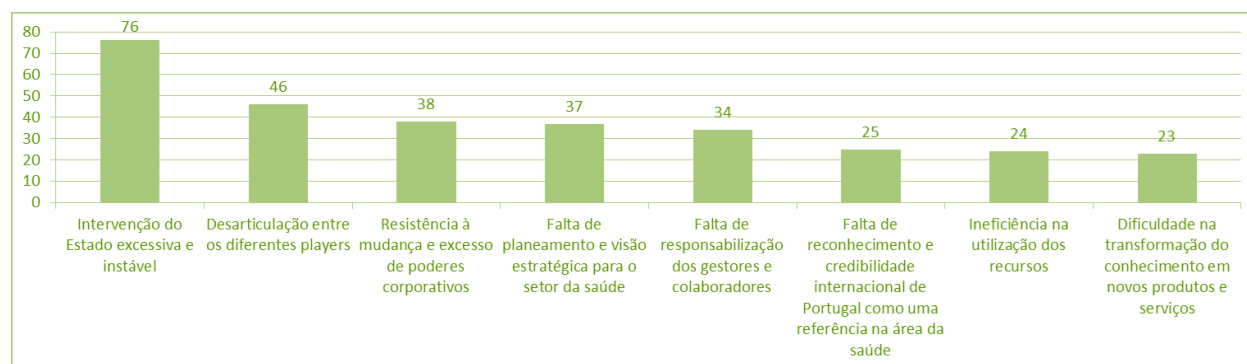
⁴³ Informação disponível em <http://the-scientist.com/wordpress/wp-content/uploads/2011/03/Best-Places-To-Work-Postdocs2011.pdf>, acedida a 31 de Agosto de 2012.

⁴⁴ Informação disponível em <http://the-scientist.com/2012/03/29/best-places-to-work-postdocs-2012/>, acedida a 31 de Agosto de 2012.

entrevistados, o continente europeu é muito fragmentado e há necessidade de uma elevada customização, à qual esses países não conseguem responder tão bem. Adicionalmente, a medicina tende a tornar-se mais personalizada, com terapêuticas que se aplicam a um número mais reduzido de pacientes. Na Europa, há diversidade de línguas e de apresentações (as caixas têm 28 comprimidos num país e 30 noutra), o que obriga a ter planeamento e a ter logística. A flexibilidade e capacidade de resposta das empresas portuguesas são aspetos que o mercado tende a valorizar e que podem contrabalançar a tendência de deslocalização referida.

E. Pontos Fracos

Gráfico 20: Pontos Fracos com Maior Pontuação



Intervenção do Estado excessiva e instável. Há, segundo os entrevistados e inquiridos, demasiada intervenção do Estado (por exemplo, na prestação de cuidados de saúde, nos contratos celebrados em PPP que são pouco flexíveis, nas exigências relativas à criação de hospitais privados, na regulação das atividades farmacêuticas, etc.) que impede que o setor se torne mais ágil e flexível. Não estão em causa as questões técnicas e de salvaguarda dos utentes, em que todos reconheceram a necessidade de regulamentação e onde, inclusivamente, em áreas específicas poderão existir lacunas com necessidade de serem objeto de regulamentação. Por outro lado, há alguma instabilidade nas decisões políticas (por exemplo, no QREN, nas equipas de gestão dos hospitais, nas decisões de construção de novos hospitais ou de encerramento de serviços, na legislação farmacêutica e outra, etc.), o que dificulta o processo de tomada de decisão e a realização de investimento (quer por empresas nacionais, quer por empresas estrangeiras).

Desarticulação entre os diferentes players. Não existe uma cultura de cooperação entre as diferentes entidades aos mais diversos níveis: públicas e privadas; de investigação e empresariais; etc. A título de exemplo, não estão facilitadas as trocas de informação e a colaboração entre os hospitais e as empresas e alguns ministérios (nomeadamente os Ministérios da Saúde e da Ciência) e instituições (por exemplo,

AICEP)⁴⁵ nem sempre facilitam a promoção do tecido empresarial no exterior e as vendas de bens e serviços.

Resistência à mudança e excesso de poderes corporativos. Os principais agentes do setor são considerados conservadores e pouco flexíveis, com pouca vontade de mudar o *status quo*. Os *lobbies* e as redes de influência são determinantes nos processos de tomada de decisão, o que é facilitado pela inexistência de um planeamento estratégico cuidado e rigoroso

Falta de planeamento e visão estratégica para o setor da saúde. Na sequência do que se expôs no item anterior, muitos entrevistados referiram que as decisões são tomadas de acordo com interesses particulares, locais e específicos e não de acordo com um planeamento global.

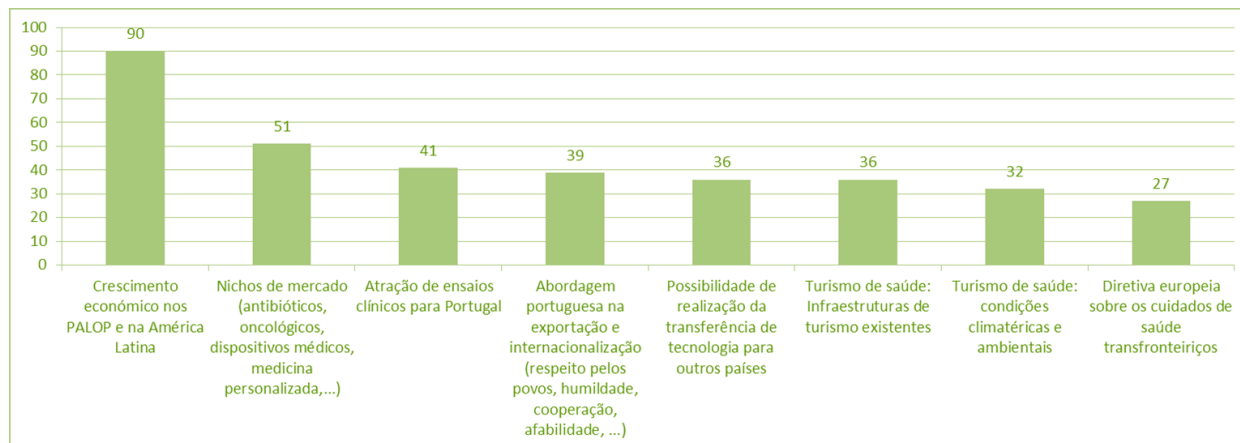
Falta de responsabilização de gestores e colaboradores. Este problema foi sobretudo apontado nas instituições públicas e, em particular, nos vários níveis de gestão nos hospitais. Do mesmo modo que não se reconhece e premeia o mérito e o cumprimento de objetivos, não se penaliza pelos erros de gestão cometidos.

Falta de reconhecimento e credibilidade internacional de Portugal como uma referência na área da saúde. Este facto dificulta a venda internacional das inovações portuguesas. Portugal não é um país perçecionado internacionalmente como um destino natural para quem procura cuidados de saúde, nem como tendo um setor das ciências da saúde inovador e capaz de colocar no mercado soluções competitivas. Mesmo em áreas em que os resultados e as estatísticas são superiores à média europeia não existe uma política consistente de divulgação internacional dos mesmos.

⁴⁵ Curiosamente, as referências à colaboração por parte de AICEP foram muito díspares: ora muito elogiadas, ora muito criticadas.

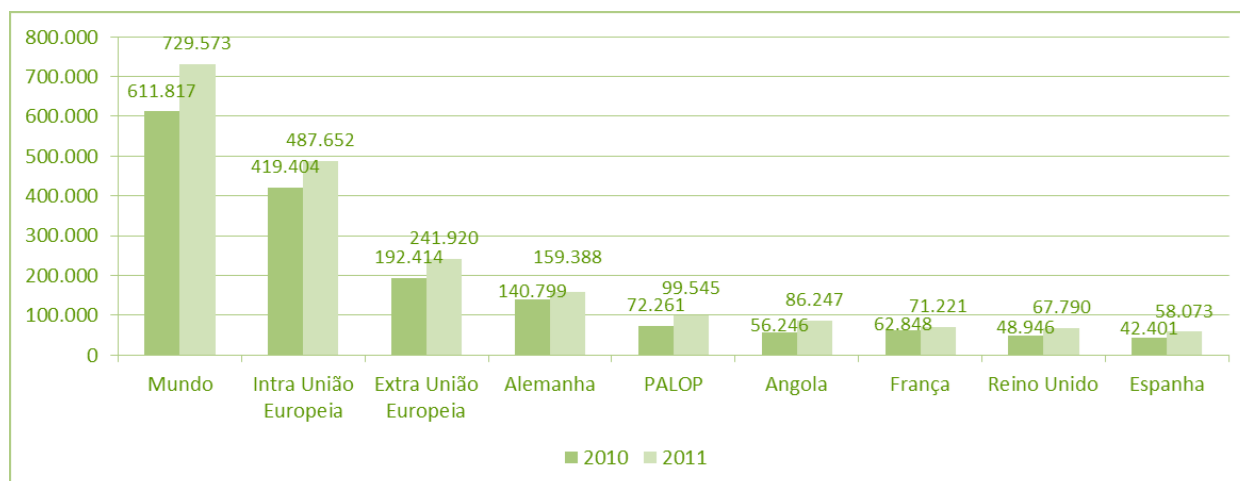
F. Oportunidades

Gráfico 21: Oportunidades com Maior Pontuação



Crescimento económico nos PALOPS e na América Latina. Diversos entrevistados explicitaram diversas formas de internacionalização em Angola, Moçambique e em vários países da América Latina. Com efeito, as exportações no setor da saúde apresentaram um crescimento de 19,2% entre 2010 e 2011 (Gráfico 22). O crescimento foi mais acentuado nos PALOPs (37,8%) e, em particular, em Angola (53,3%). As exportações para Moçambique assumiram menos significado em 2011, com um valor total de 4,8 milhões de euros e um decréscimo de 31,5% relativamente a 2010.

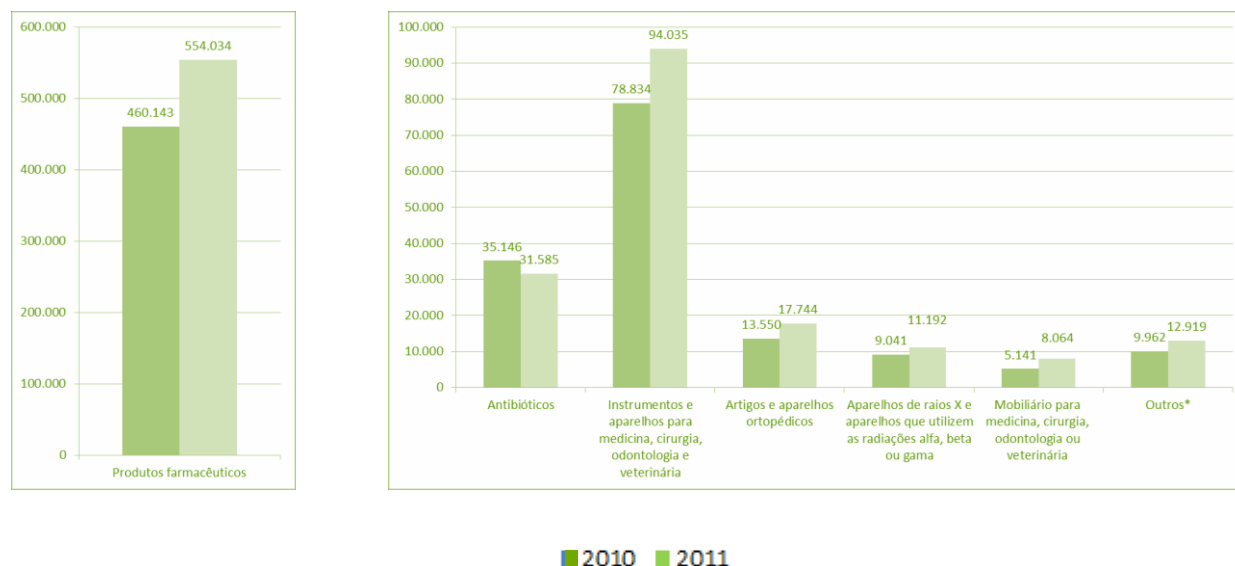
Gráfico 22: Crescimento das Exportações no Setor da Saúde entre 2010 e 2011 – Grandes Mercados



Fonte: INE, Estatísticas do Comércio Internacional de Bens, valores em milhares de euros, retirados a 10 de Julho de 2012¹.

Passando à análise da composição dos produtos exportados, verifica-se que os produtos farmacêuticos são aqueles que assumem maior relevância (Gráfico 23).

Gráfico 23: Crescimento das Exportações no Setor da Saúde entre 2010 e 2011 – Principais Produtos



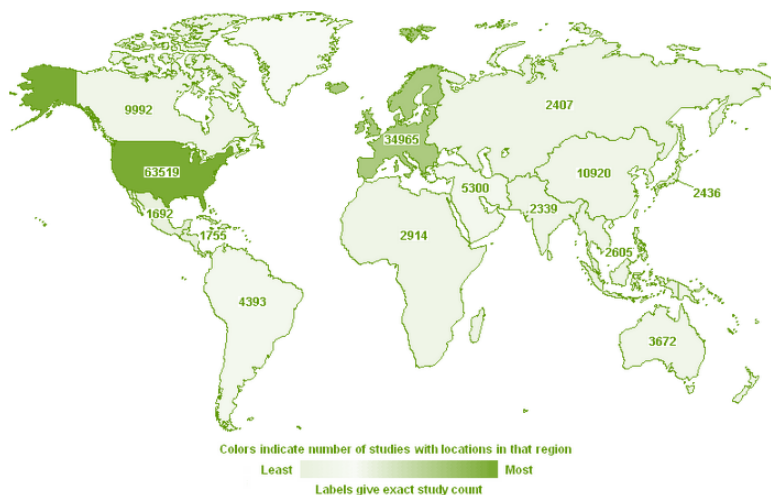
Fonte: INE, Estatísticas do Comércio Internacional de Bens, valores em milhares de euros, retirados a 10 de Julho de 2012.

Nichos de mercado. Foram salientadas algumas áreas onde podem existir nichos a explorar, designadamente: dispositivos médicos, dispositivos de vigilância de idosos, etc. São subsetores onde existe um conjunto alargado e competente de agentes com capacidades complementares e onde a flexibilidade e qualidade que caracterizam as empresas são cruciais para assegurar aos clientes a atempada satisfação das suas exigências.

Atração de ensaios clínicos para Portugal. Diversos *players* do setor salientaram as vantagens da atração de ensaios clínicos para Portugal, mas também alguns aspetos que devem ser acautelados. De acordo com a Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, um ensaio clínico é definido como "qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia".

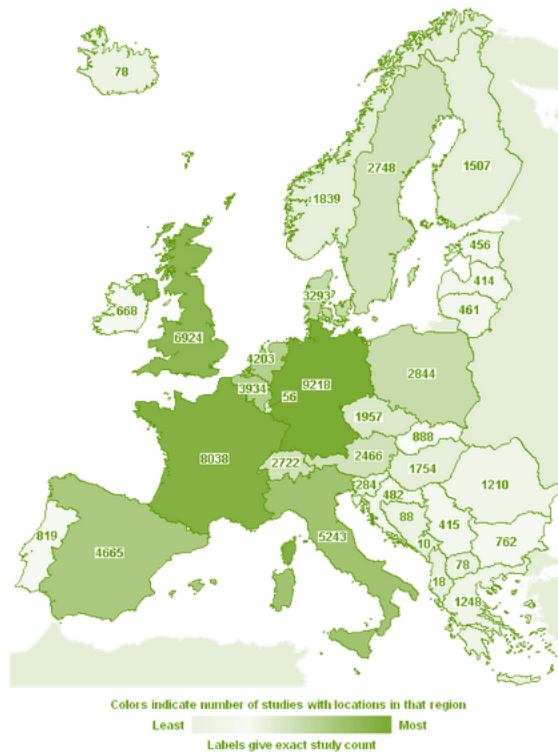
Há uma grande concentração da realização de ensaios nos EUA, e tem havido uma tendência de globalização na realização de ensaios clínicos, em direção aos mercados emergentes especialmente para a Europa de Leste, América Latina e Ásia (Gráfico 24).

Gráfico 24: Realização de Ensaios Clínicos a Nível Mundial



Fonte: Clinicaltrials.com (<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/search/map>)
(informação acedida a 27 de Agosto de 2012)

Gráfico 25: Realização de Ensaios Clínicos a Nível Europeu



<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/search/map/click?map.x=414&map.y=137>

(informação acedida a 27 de Agosto de 2012)

Barros e Nunes (2011) procedem a uma comparação das quotas de mercado, em termos de número de ensaios clínicos, entre 2007 e 2011. Em 2007, a quota de mercado dos EUA rondava os 48,7% e, embora continuasse claramente a dominar em termos de quota de mercado, esse valor tinha descido, em 2011, para 35%. Os 9 países com quotas mais elevadas situam-se na América do Norte ou na Europa Ocidental. O mercado europeu representa 25,26% do total de ensaios clínicos. Em Portugal, observa-se uma redução de cerca de 4%, no período considerado, que se deveu sobretudo, segundo Barros e Nunes (2011), a uma grande taxa de abandono devido à excessiva burocracia. Segundo os entrevistados, um outro motivo é a dificuldade imposta pelas comissões de ética e de proteção de dados à autorização a esses ensaios.

Quadro 5: Países com Maiores Quotas de Mercado na Realização de Ensaio Clínicos

Quadro 9.1: Top 50 por Quota de Mercado, 2011

Rank	País	# Ensaio	Quota de Mercado	Região	Taxa de Crescimento
1	EUA	52832	35,05%	América do Norte	-9,34%
2	Canadá	7984	5,30%	América do Norte	9,73%
3	Alemanha	7144	4,74%	Europa Ocidental	-5,62%
4	França	6137	4,07%	Europa Ocidental	-1,77%
5	Reino Unido	5305	3,52%	Europa Ocidental	15,54%
6	Itália	4024	2,67%	Europa Ocidental	-0,38%
7	Espanha	3549	2,35%	Europa Ocidental	-5,31%
8	Holanda	3326	2,21%	Europa Ocidental	5,37%
9	Bélgica	3054	2,03%	Europa Ocidental	18,61%
10	Israel	2857	1,90%	Médio Oriente	93,02%
11	Austrália	2816	1,87%	Oceania	8,18%
12	Dinamarca	2543	1,69%	Europa Ocidental	47,00%
13	Coreia do Sul	2328	1,54%	Ásia	52,46%
14	Suíça	2196	1,46%	Europa Ocidental	88,06%
15	Polónia	2178	1,44%	Europa de Leste	-3,23%
16	Brasil	2147	1,42%	América Latina	14,14%
17	Suécia	2098	1,39%	Europa Ocidental	13,06%
18	Taiwan	2096	1,39%	Ásia	43,91%
19	China	2050	1,36%	Ásia	31,42%
20	Áustria	1916	1,27%	Europa Ocidental	27,19%
21	Japão	1773	1,18%	Ásia	-18,81%
22	Rússia	1559	1,03%	Europa de Leste	-10,35%
23	Índia	1547	1,03%	Ásia	0,87%
24	Noruega	1515	1,01%	Europa Ocidental	50,42%
25	República Checa	1487	0,99%	Europa de Leste	-3,44%
26	México	1329	0,88%	América Latina	-0,68%
27	Hungria	1305	0,87%	Europa de Leste	2,74%
28	Finlândia	1236	0,82%	Europa Ocidental	21,33%
29	África do Sul	1217	0,81%	África	5,11%
30	Porto Rico	1135	0,75%	América Latina	92,15%
31	Argentina	1123	0,74%	América Latina	-8,50%
32	Grécia	961	0,64%	Europa de Leste	2,08%
33	Roménia	933	0,62%	Europa de Leste	7,93%
34	Tailândia	844	0,56%	Ásia	59,98%
35	Singapura	777	0,52%	Ásia	138,48%
36	Turquia	775	0,51%	Médio Oriente	23,79%
37	Eslováquia	692	0,46%	Europa de Leste	17,67%
38	Nova Zelândia	676	0,45%	Oceania	41,41%

Rank	País	# Ensaios	Quota de Mercado	Região	Taxa de Crescimento
39	Portugal	668	0,44%	Europa Ocidental	-3,97%
40	Ucrânia	628	0,42%	Europa de Leste	-0,14%
41	Chile	598	0,40%	América Latina	32,78%
42	Hong Kong	596	0,40%	Ásia	98,46%
43	Irlanda	532	0,35%	Europa Ocidental	25,49%
44	Bulgária	531	0,35%	Europa de Leste	5,81%
45	Perú	525	0,35%	América Latina	24,71%
46	Filipinas	447	0,30%	América Latina	16,09%
47	Colômbia	426	0,28%	América Latina	13,77%
48	Croácia	383	0,25%	Europa de Leste	51,36%
49	Malásia	374	0,25%	Ásia	8,02%
50	Estónia	368	0,24%	Europa de Leste	48,04%

Fonte:clinicaltrials.gov

Fonte: Barros e Nunes (2011), com base em Clinicaltrials

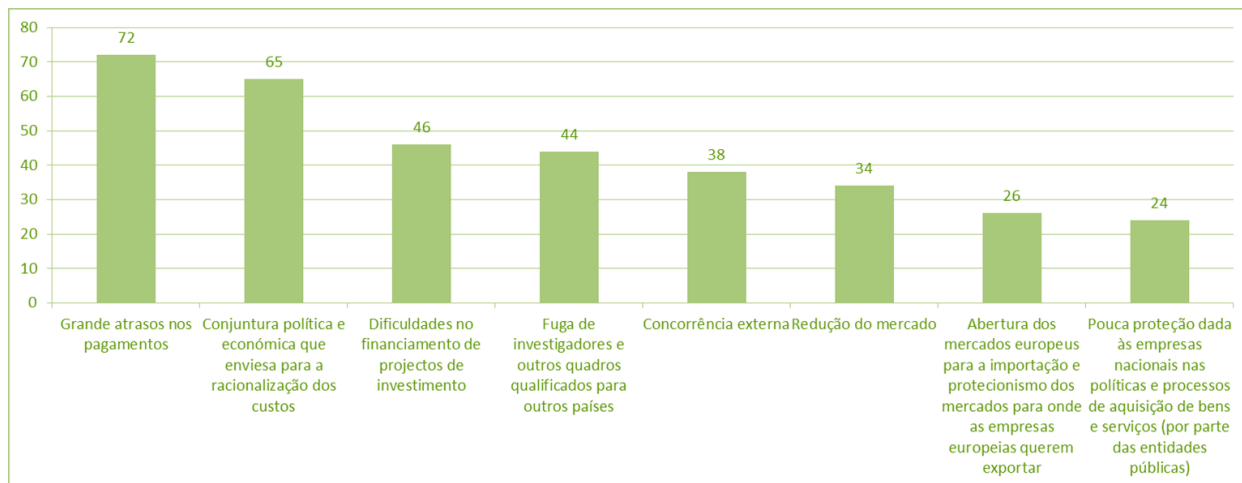
Vários entrevistados salientaram as vantagens da realização de ensaios clínicos, quer para o país, quer para os doentes envolvidos. Os ensaios clínicos exigem, porém, que as questões éticas e os direitos dos doentes sejam devidamente salvaguardados e deve haver clareza e transparência na sua realização. Podem existir conflitos de interesses, já que quer as administrações hospitalares, quer os profissionais de saúde procuram ficar com a maior quota das receitas associadas à sua realização. No entanto, deverá existir uma gestão caso a caso, já que alguns ensaios podem envolver custos significativos para as instituições associados à frequência e ao tipo de MCDT que têm de ser realizados.

Abordagem portuguesa na exportação e internacionalização. Os entrevistados salientaram a postura do empreendedor português quando procura a internacionalização em que se mostra afável e cooperante e disponível a desenvolver iniciativas numa lógica de parceria construtiva. A facilidade de relacionamento com outras culturas foi outro dos fatores salientado.

Turismo de saúde e diretiva europeia sobre os cuidados de saúde transfronteiriços. A diretiva europeia sobre os cuidados de saúde transfronteiriços é simultaneamente encarada como uma oportunidade e como uma ameaça. Poderá ser uma oportunidade se permitir captar doentes de outros países europeus; poderá também ser uma ameaça se os doentes nacionais optarem por se deslocar a outros países europeus em busca de tratamento.

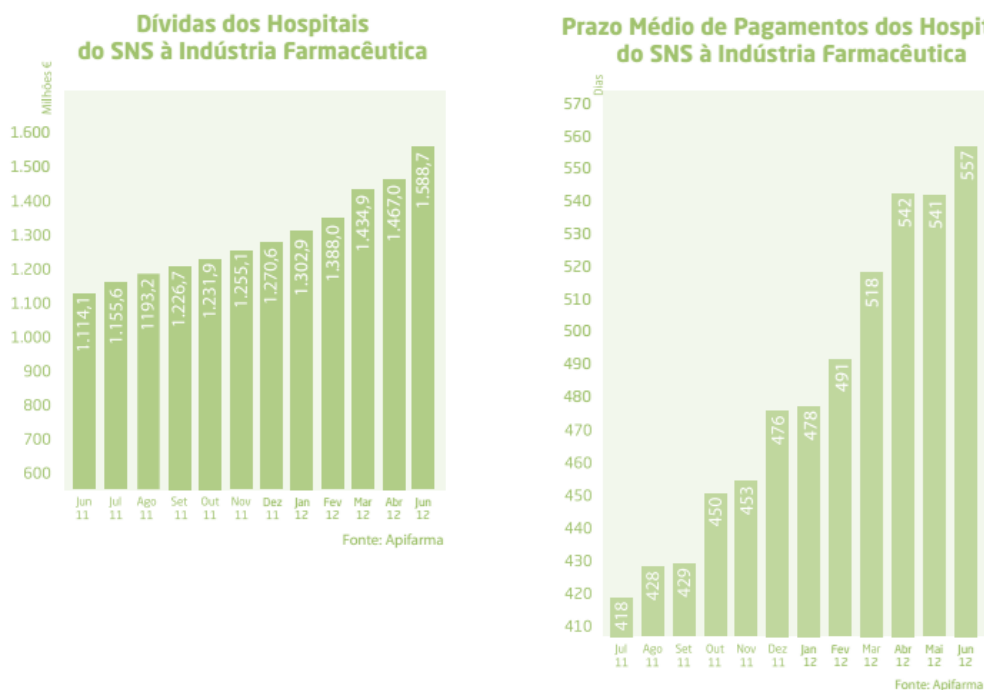
G. Ameaças

Gráfico 26: Ameaças com Maior Pontuação



Grandes atrasos nos pagamentos. No entender dos inquiridos a maior ameaça são os grandes atrasos nos pagamentos, assim como a *conjuntura política e económica* caracterizada por uma enorme preocupação com a racionalização dos custos. A título de exemplo, analisando as dívidas dos hospitais à indústria farmacêutica, os prazos médios de pagamento são muito superiores a um ano.

Gráfico 27: Dívidas e Prazos Médios de Pagamento dos Hospitais à Indústria Farmacêutica



Entretanto, a 31 de agosto, o Ministério da Saúde anunciou um pagamento extraordinário de dívidas que permitiu reduzir o prazo médio de pagamento a fornecedores (na totalidade) de 231 para 121 dias.⁴⁶

Por outro lado, de acordo com o Secretário-Geral da APORMED, o valor total da dívida no final de Setembro de 2012 do SNS às empresas de dispositivos médicos era de “718 milhões de euros, correspondente a um prazo médio de pagamento de 389 dias”⁴⁷.

⁴⁶ <http://expresso.sapo.pt/ministerio-da-saude-ja-pagou-836413-mil-milhoes-de-dividas=f750102>

⁴⁷ http://www.jornaldenegocios.pt/home.php?template=SHOWNEWS_V2&id=588697

ANEXO METODOLÓGICO

A análise da cadeia de valor da saúde requer uma seleção dos elementos que serão alvo de caracterização. Um dos critérios de seleção tem naturalmente a ver com a relevância do elemento para a cadeia de valor. Ao mesmo tempo a informação existente é outro fator que condiciona a escolha. Por conseguinte, os produtores, distribuidores e prestadores foram os três subsectores escolhidos para serem quantificados.

A. Objetivo

Pretendia-se com esta análise caracterizar cada um dos subsectores indicados anteriormente de uma forma agregada, para poder analisar a forma com o setor da saúde se compara com outras atividades realizadas na economia nacional, e segmentada, a fim de detalhar a estrutura que compõe cada um dos elementos. Sempre que possível realiza-se uma análise da evolução dos parâmetros ao longo do tempo para dar uma ideia da forma como o setor evoluiu e, com isso, identificar quais as alterações ocorridas e quando possível determinar as razões e as motivações que levaram a essas alterações.

Os parâmetros a caracterizar para o setor da saúde e os respetivos subsectores estão listados em seguida:

- / Volume de negócios (VN)
- / Valor acrescentado bruto (VAB)
- / Número de empresas/instituições
- / Número de empregados
- / Distribuição das empresas de acordo com a dimensão da empresa
- / Distribuição do VN de acordo com a dimensão da empresa
- / Caracterização das relações inter e intrasectoriais do setor da saúde

B. Pressupostos

Qualquer análise assenta em pressupostos (explícitos ou implícitos) que lhe servem de fundamento. Em seguida lista-se um conjunto de pressupostos (não exaustivo) que se considera fundamentais para a realização desta análise.

Os Códigos de Atividade Económica (CAE) serviram de base para caracterizar as diferentes atividades que se englobam no foro das atividades associadas ao setor da saúde. Os CAE considerados neste estudo foram os seguintes:

- / CAE 211 – Fabricação de produtos farmacêuticos de base;
- / CAE 212 – Fabricação de preparações farmacêuticas;
- / CAE 266 – Fabricação de equipamentos de radiação, eletromedicina e electroterapêutica;
- / CAE 325 – Fabricação de instrumentos e material médico-cirúrgico;
- / CAE 861 – Atividades dos estabelecimentos de Saúde com internamento;
- / CAE 862 – Atividades de prática clínica em ambulatório, de medicina dentária e de odontologia;
- / CAE 869 – Outras atividades de Saúde Humana;
- / CAE 4646 – Comércio por grosso de produtos farmacêuticos;
- / CAE 4773 – Comércio a retalho de produtos farmacêuticos, em estabelecimentos especializados;
- / CAE 4774 – Comércio a retalho de produtos médicos e ortopédicos, em estabelecimentos especializados.

A caracterização dos subsegmentos da cadeia de valor da saúde foi realizada recorrendo aos CAE acima referidos da seguinte forma:

- / Produtores – CAE 211, CAE 212, CAE 266, CAE 325;
- / Prestadores – CAE 861, CAE 862, CAE 869;
- / Distribuidores – CAE 4646, CAE 4773, CAE 4774.

Existem empresas/instituições que fazem parte dos elementos característicos da cadeia de valor da saúde que, no entanto, não têm atividade refletida em algumas das CAE estudadas, como é o exemplo dos sistemas de informação, cuja transversalidade a todos os sectores de atividade não permite a quantificação da parte relativa ao setor da saúde.

Em seguida está patente uma lista de áreas que se relacionam com atividades ligadas à saúde e o correspondente relacionamento com os elementos do setor considerados para quantificação:

- | | |
|---|----------------|
| / Investigação e desenvolvimento | I&D |
| / Indústria farmacêutica | Produtores |
| / Produção de dispositivos médicos | Produtores |
| / Laboratorial e imagiologia | Prestadores |
| / Prestação de cuidados de saúde | Prestadores |
| / Tecnologias de informação | Produtores |
| / Distribuição | Distribuidores |
| / Ensino e formação | I&D |
| / Serviços de suporte (administrativos, jurídicos, ...) | Produtores |

C. Fontes de Informação

As fontes para os resultados quantitativos patentes neste estudo têm origem de uma das bases de dados ou de informação abaixo indicadas:

- / Central de Balanços – Banco de Portugal
- / SABI - Bureau van Dijk
- / Quadros de Pessoal do Gabinete De Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social
- / INE – Conta satélite da saúde
- / INE – Matriz Input/Output 2008
- / Ministério da Saúde – Administração Central do Sistema de Saúde

D. Metodologia

Valores agregados para produtores e distribuidores

Os valores agregados usados para caracterizar a atividade dos produtores e dos distribuidores foram obtidos a partir das tabelas setoriais para as CAE 211, 212, 266, 325, 4646, 4773 e 4774 da Central de Balanços do Banco de Portugal. Assim, foi a partir desta fonte que se retirou a seguinte informação:

- / VN (volume de negócios) médio por empresa
- / VAB (valor acrescentado) médio por empresa
- / Número de empresas/ CAE
- / Número de empregados médios/ empresa

Com o devido tratamento de todos os dados, foram calculados os valores agregados de VN e VAB e do número de empregados.

Valores agregados para prestadores

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade em que o Estado assume um papel muito importante. Uma parte significativa da prestação de cuidados de saúde não é assegurada por empresas privadas, mas por entidades públicas, sob várias formas organizacionais, cuja atividade não se encontra devidamente refletida nas bases de dados empresariais como a Central de Balanços do Banco de Portugal. A avaliação quantitativa do subsetor da prestação de cuidados de saúde pressupõe, por isso, uma metodologia diferente, que reflita devidamente a componente privada da prestação, mas também o contributo do setor público.

O setor público organiza a prestação de cuidados de saúde em dois grandes modelos: o modelo Setor Público Administrativo (SPA), em que a prestação é gerida por instituições da administração direta ou indireta do Estado, e o modelo Entidades Públicas Empresariais (EPE), em que a prestação é gerida por entidades do setor empresarial do Estado. A avaliação quantitativa de ambas as componentes da prestação pública pressupõe a utilização de metodologias distintas.

A componente pública da prestação de cuidados de saúde é estimada com base na informação contida nos Relatórios e Contas do SNS disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde.

No caso da prestação de cuidados de saúde efetuados sob o modelo SPA, o VN é calculado através da soma dos valores correspondentes às rubricas 71 a 76 (inclusive) da demonstração de resultados da componente relativa ao SNS-SPA. O VAB do SNS SPA é calculado através da soma das rubricas 63, 64, 66 e 67.

O VN das EPE prestadoras de cuidados de saúde é calculado através da soma dos valores correspondentes às rubricas 71 a 76 inclusive da demonstração de resultados relativa à componente relativa ao Setor Empresarial do Estado. O VAB da prestação de cuidados de saúde realizados em modelo EPE é calculado através da subtração ao VN das rubricas 61, 62 e 65.

O número de empregados da prestação foi obtido através das Contas Satélite da Saúde (Quadro E.4.6.1.), do INE, somando os valores relativos aos prestadores remunerados associados a:

- / HP1 – Hospitais
- / HP2 – Estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados
- / HP3 – Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório.

Através da soma destas rubricas obtém-se o valor total do emprego nos prestadores de cuidados de saúde (públicos e privados). Retirando a este valor o número relativo aos prestadores públicos que consta do Inventário de Pessoal do Setor da Saúde (ACSS, 2012), obtém-se um número de pessoas ao serviço dos prestadores do setor privado, que é compatível com o total de pessoal que se obtém com a soma dos empregados para as CAE relativas à prestação (861, 862 e 869), retirados da base de dados dos Quadros de Pessoal.

Para determinar o VN do setor privado, extraíram-se os dados da Conta Satélite da Saúde, em particular do Quadro E.4.2.1 - Despesa corrente por prestador de cuidados de saúde e agente financiador (preços correntes) para os anos analisados. Considerou-se que o setor privado é caracterizado pelo conjunto de alíneas do quadro E.4.2.1 abaixo indicadas:

- / HP.1 - Hospitais - Privados
- / HP.3.1-HP.3.3; HP.3.6 - Consultórios ou gabinetes médicos, de medicina dentária, de outros prestadores de cuidados de saúde e prestadores de serviços de cuidados de saúde domiciliários - Privados
- / HP.3.4 - Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório, públicos (outros) e particulares com e sem fins lucrativos - Privados
- / HP.3.5 - Laboratórios médicos e de diagnóstico - Privados
- / HP.3.9 - Outros fornecedores de cuidados de saúde em ambulatório - Privados

No entanto, os dados da conta satélite da saúde não permitem calcular os valores acrescentados. Para determinar o VAB da prestação privada foi necessário recorrer à informação da Central de Balanços, que apresenta VAB para as diversas CAE, para obter o valor médio dos rácios dos valores agregados do VAB sobre o VN para as CAE da prestação de cuidados de saúde. Seguidamente, estimou-se o VAB através da aplicação de tais rácios aos VN obtidos pelas contas satélite da saúde. Esta estimação pressupõe que apesar dos dados da Central de Balanços não abrangerem a totalidade dos prestadores de cuidados de saúde, a estrutura de custos e proveitos das empresas que constam da Central de Balanços é representativa da estrutura do universo de entidades privadas que prestam cuidados de saúde.

Aos dados das alíneas retirados do quadro E.4.2.1 foram aplicados os rácios de acordo com o enquadramento que a atividade caracterizada pela alínea corresponde ao CAE respetivo, com a seguinte correspondência:

- / HP.1 - Hospitais Privados – CAE 861
- / HP.3.1-HP.3.3; HP.3.6 - Consultórios ou gabinetes médicos, de medicina dentária, de outros prestadores de cuidados de saúde e prestadores de serviços de cuidados de saúde domiciliários – Privados – CAE 862
- / HP.3.4 - Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório, públicos (outros) e particulares com e sem fins lucrativos - Privados – CAE 862
- / HP.3.5 - Laboratórios médicos e de diagnóstico – CAE 869
- / HP.3.9 - Outros fornecedores de cuidados de saúde em ambulatório – CAE 869

E. Relações Inter e Intrassetoriais da Cadeia de Valor

As relações entre setores de atividade podem ser quantificadas através dos dados constantes da matriz input-output. Através do rearranjo dos dados nas matrizes é possível determinar os principais setores de atividade que fornece produtos ou serviços aos setores da saúde e, em simultâneo, determinar os

principais setores de atividade cliente dos produtos e serviços do setor da saúde. A matriz input-output permite determinar as origens das matérias-primas dos diferentes elementos da cadeia de saúde, seja por importação ou por produção nacional, e o destino dos produtos e serviços realizados pelos elementos da cadeia de valor, Portugal ou sob a forma de exportações.

F. Caracterização da Estrutura de Mercado da Saúde

A caracterização da estrutura de mercado de cada um dos subsectores da saúde visa detalhar melhor cada elemento da cadeia de valor. Alguns dos parâmetros e variáveis utilizados para realizar esta caracterização estão listados em seguida:

- Distribuição de empresas pela dimensão das mesmas
- Distribuição do VN por dimensão de empresa

A Central de Balanços distribui as empresas de determinada CAE por dimensão, considerando os critérios da União Europeia para a classificação das empresas: valor da faturação anual e número de empregados. O inconveniente em utilizar esta informação é que, para algumas CAE, a distribuição das empresas limitava-se às empresas de micro e pequena dimensão, não havendo informação relativa às empresas de média e grande dimensão. Ao comparar a soma do número de empresas pelas diferentes dimensões com o número total de empresas de determinada CAE havia grandes diferenças entre os dois números. Concluiu-se, então, que não seria possível utilizar a informação da central de balanços para caracterizar a estrutura do mercado da saúde.

A alternativa foi recorrer à base de dados SABI. Esta base de dados tem a lista de empresas que realiza atividade numa determinada CAE e contém dados sobre uma variedade de parâmetros. Porém, não tem informação sobre o número de empregados de cada empresa. Sendo assim, não houve possibilidade de cruzar informação relativa ao número de empregados e ao volume de negócios, pelo que o volume de negócios foi o único critério usado na classificação da dimensão das empresas. Isto é:

DIMENSÃO DA EMPRESA	VOLUME DE NEGÓCIOS (M€)
Micro	<2
Pequena	<10
Média	<50
Grande	>50

Refira-se que este critério e os dados provenientes da base de dados SABI serviram apenas para caracterizar a estrutura de mercado, uma vez que o número de empresas e o volume de negócios considerado é proveniente da Central de Balanços.

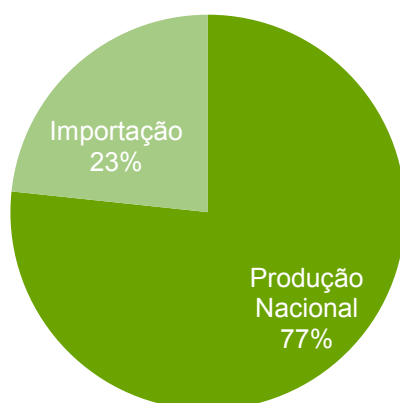
Com a classificação das empresas por dimensão e com os dados sobre o volume de negócios de cada empresa foi possível distribuir o volume de negócios por dimensão da empresa e analisar a evolução desta distribuição ao longo do tempo.

ANEXO QUANTITATIVO

Principais fornecedores - Serviços de saúde humana

	Fluxos totais	Produção Nacional	Importação
Fornecimento total	4.814,2 100%	3.691,3 77%	1.123,0 23%
Serviços de saúde humana	963,0 20%	961,2 100%	1,8 0%
Produtos farmacêuticos de base, preparações e artigos farmacêuticos	840,2 17%	265,2 32%	575,0 68%
Vendas por grosso, exceto de veículos automóveis e motociclos	433,5 9%	433,2 100%	0,2 0%
Serviços de alojamento e restauração (restaurantes e similares)	270,4 6%	217,7 81%	52,7 19%
Serviços jurídicos e contabilísticos; serviços de sedes sociais; serviços de consultoria e de gestão	264,8 5%	251,3 95%	13,5 5%
Outros serviços administrativos e de apoio	260,4 5%	255,9 98%	4,5 2%
Produtos químicos e fibras sintéticas ou artificiais	243,4 5%	78,1 32%	165,3 68%
Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	209,0 4%	208,9 100%	0,1 0%
Mobiliário e outros produtos da indústria transformadora	194,5 4%	41,0 21%	153,5 79%
Serviços de arquitetura e de engenharia; serviços de ensaios e de análise técnicas	123,1 3%	108,0 88%	15,1 12%
Construções e trabalhos de construção	118,9 2%	118,9 100%	0,0 0%
Serviços financeiros, exceto seguros e fundos de pensões	87,8 2%	82,4 94%	5,5 6%
Consultoria e programação informática e serviços relacionados; e serviços de informação	87,0 2%	78,0 90%	9,0 10%
Produtos têxteis, vestuário e de couro	77,1 2%	45,7 59%	31,4 41%
Coque, produtos petrolíferos refinados e aglomerados de combustíveis	75,6 2%	51,4 68%	24,2 32%
Serviços de reparação e instalação de máquinas e equipamento	67,1 1%	65,1 97%	2,0 3%
Serviços de telecomunicações	64,8 1%	56,8 88%	8,0 12%
Serviços imobiliários	60,2 1%	60,0 100%	0,2 0%

Fornecimento - Serviços de saúde humana (CAE 86)

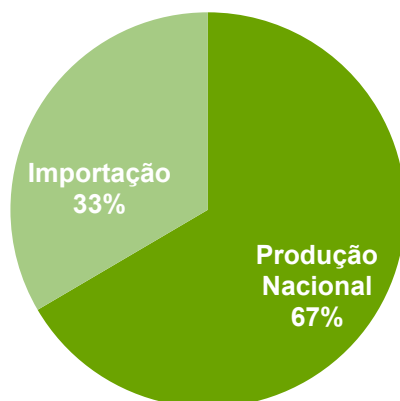


Fonte: Matriz input-output (2008)

Principais fornecedores - Produtos farmacêuticos de base, preparações e artigos farmacêuticos

	Fluxos totais	Produção Nacional	Importação
Fornecimento total	840,1 100%	559,0 67%	281,0 33%
Produtos químicos e fibras sintéticas ou artificiais	149,7 18%	48,3 32%	101,4 68%
Produtos farmacêuticos de base, preparações e artigos farmacêuticos	114,4 14%	7,9 7%	106,5 93%
Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	112,9 13%	112,8 100%	0,0 0%
Serviços de publicidade e estudos de mercado	50,7 6%	47,4 93%	3,3 7%
Vendas por grosso, exceto de veículos automóveis e motociclos	43,1 5%	42,7 99%	0,4 1%
Serviços de investigação e desenvolvimento científicos	39,9 5%	37,5 94%	2,4 6%
Serviços jurídicos e contabilísticos; serviços de sedes sociais; serviços de consultoria e de gestão	34,5 4%	32,3 93%	2,2 7%
Outros serviços administrativos e de apoio	25,6 3%	25,0 98%	0,6 2%
Serviços de aluguer	24,4 3%	17,9 73%	6,5 27%
Serviços de arquitetura e de engenharia; serviços de ensaios e de análise técnicas	22,4 3%	19,9 89%	2,5 11%
Serviços financeiros, exceto seguros e fundos de pensões	21,8 3%	20,6 94%	1,2 6%
Artigos de borracha e de matérias plásticas	18,8 2%	10,7 57%	8,1 43%
Produtos alimentares, bebidas e da indústria do tabaco	15,8 2%	8,8 56%	6,9 44%
Serviços de transporte terrestre e por condutas (pipelines)	14,6 2%	14,3 98%	0,3 2%
Papel e cartão e seus artigos	14,3 2%	9,1 63%	5,3 37%
Produtos têxteis, vestuário e de couro	12,3 1%	3,7 30%	8,6 70%
Trabalhos de impressão e gravação	11,4 1%	11,2 98%	0,2 2%
Serviços imobiliários	10,4 1%	10,3 100%	0,0 0%
Construções e trabalhos de construção	9,7 1%	9,7 100%	0,0 0%

Fornecimento - Produtos farmacêuticos (CAE 21)

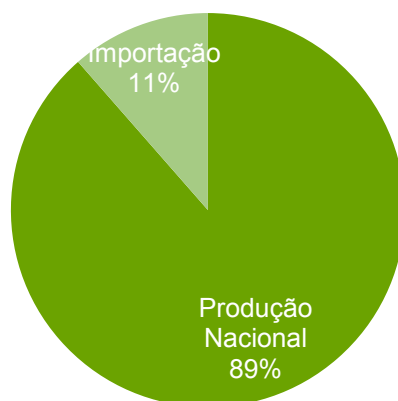


Fonte: Matriz input-output (2008)

Principais fornecedores - Investigação e desenvolvimento

	Fluxos totais	Produção Nacional	Importação
Fornecimento total	187,2 100%	165,8 89%	21,4 11%
Outros serviços administrativos e de apoio	44,3 24%	43,3 98%	1,0 2%
Serviços imobiliários	14,9 8%	14,9 100%	0,0 0%
Serviços de arquitetura e de engenharia; serviços de ensaios e de análise técnicas	12,4 7%	11,7 94%	0,7 6%
Serviços jurídicos e contabilísticos; serviços de sedes sociais; serviços de consultoria e de gestão	12,3 7%	11,5 93%	0,8 7%
Serviços de emprego	10,8 6%	10,8 100%	0,0 0%
Serviços de investigação e desenvolvimento científicos	9,1 5%	8,5 94%	0,6 6%
Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	6,9 4%	6,9 100%	0,0 0%
Serviços de alojamento e restauração (restaurantes e similares)	6,2 3%	4,7 76%	1,5 24%
Serviços de telecomunicações	5,9 3%	5,1 87%	0,8 13%
Construções e trabalhos de construção	5,8 3%	5,8 100%	0,0 0%
Serviços de saúde humana	5,1 3%	5,1 100%	0,0 0%
Produtos químicos e fibras sintéticas ou artificiais	4,3 2%	1,4 31%	3,0 69%
Serviços de transporte aéreo	4,1 2%	2,4 60%	1,7 40%
Serviços de aluguer	3,8 2%	3,5 92%	0,3 8%
Vendas por grosso, exceto de veículos automóveis e motociclos	3,4 2%	3,4 100%	0,0 0%
Consultoria e programação informática e serviços relacionados; e serviços de informação	3,2 2%	2,8 89%	0,4 11%
Papel e cartão e seus artigos	3,1 2%	1,0 30%	2,2 70%
Produtos metálicos transformados, exceto máquinas e equipamento	3,0 2%	1,1 35%	1,9 65%
Serviços financeiros, exceto seguros e fundos de pensões	2,9 2%	2,7 93%	0,2 7%
Coque, produtos petrolíferos refinados e aglomerados de combustíveis	2,8 2%	2,2 79%	0,6 21%
Mobiliário e outros produtos da indústria transformadora	2,3 1%	0,8 33%	1,6 67%
Serviços de transporte terrestre e por condutas (pipelines)	2,0 1%	1,7 84%	0,3 16%

Fornecimento - I&D (CAE 72)

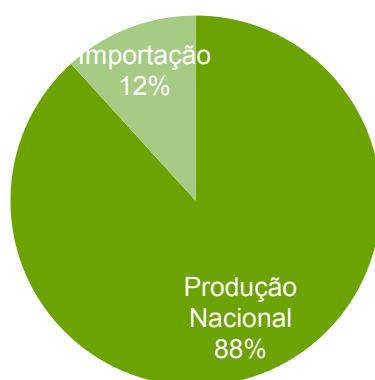


Fonte: Matriz input-output (2008)

Principais fornecedores - Serviços de educação

	Fluxos totais	Produção Nacional	Importação
Fornecimento total	1.429,6 100%	1.261,6 88%	168,1 12%
Serviços de educação	158,6 11%	156,8 99%	1,8 1%
Serviços de alojamento e restauração (restaurantes e similares)	150,0 10%	118,9 79%	31,1 21%
Serviços financeiros, exceto seguros e fundos de pensões	116,6 8%	107,1 92%	9,5 8%
Outros serviços administrativos e de apoio	105,6 7%	104,1 99%	1,6 1%
Construções e trabalhos de construção	91,2 6%	91,2 100%	0,0 0%
Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	81,9 6%	81,9 100%	0,0 0%
Serviços imobiliários	71,0 5%	70,7 100%	0,2 0%
Serviços jurídicos e contabilísticos; serviços de sedes sociais; serviços de consultoria e de gestão	65,8 5%	63,2 96%	2,7 4%
Papel e cartão e seus artigos	52,8 4%	30,9 59%	21,9 41%
Vendas por grosso, exceto de veículos automóveis e motociclos	40,7 3%	40,2 99%	0,4 1%
Serviços de telecomunicações	34,3 2%	29,8 87%	4,5 13%
Serviços de arquitetura e de engenharia; serviços de ensaios e de análise técnicas	34,0 2%	29,5 87%	4,5 13%
Consultoria e programação informática e serviços relacionados; e serviços de informação	28,6 2%	25,6 90%	3,0 10%
Produtos químicos e fibras sintéticas ou artificiais	28,0 2%	14,1 50%	13,9 50%
Serviços de saúde humana	27,0 2%	27,0 100%	0,1 0%
Coque, produtos petrolíferos refinados e aglomerados de combustíveis	23,3 2%	17,2 74%	6,1 26%
Serviços de aluguer	21,5 2%	19,0 88%	2,5 12%
Captação, tratamento e distribuição de água	20,7 1%	20,7 100%	0,0 0%
Serviços de publicidade e estudos de mercado	20,7 1%	19,3 93%	1,4 7%
Mobiliário e outros produtos da indústria transformadora	20,1 1%	6,1 30%	14,0 70%
Serviços de transporte terrestre e por condutas (pipelines)	20,0 1%	13,9 69%	6,2 31%
Trabalhos de impressão e gravação	18,6 1%	18,2 98%	0,4 2%
Serviços de edição	15,8 1%	13,2 83%	2,7 17%

Fornecimento - Serviços de educação



Fonte: Matriz input-output (2008)

PORTO BUSINESS SCHOOL

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

