PROJETO DE LEI Nº 998/XIII/4ª

"Modelo de financiamento dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde"

Exposição de motivos

O CDS-PP, porque defende intransigentemente uma política de justiça social de interesse geral, é, indiscutivelmente, um acérrimo defensor do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que não restem dúvidas a este respeito.

A alínea a), do nº 2, do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa determina expressamente que o direito à proteção da saúde é realizado "*através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*". Assim, o nº 2 da Base I da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde -, alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, determina que "*o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis*".

Também de acordo com a alínea e) do artigo 1º da Base II da Lei de Bases da Saúde "*a gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços*".

No entanto, é indiscutível que, atualmente, o SNS está em risco. A sua sustentabilidade está gravemente ameaçada e o acesso dos cidadãos a um SNS de qualidade, seguro e em tempo clinicamente útil está francamente comprometido.

Entendemos que um dos motivos que conduziu o SNS a este perigoso estado foi, evidentemente, a suborçamentação crónica a que tem sido sujeito. No entanto, entendemos, também, que outro dos maiores problemas crónicos do SNS é a falta de organização, em particular, a falta de organização interna dos seus serviços e recursos.

E esta falta de organização tem levado, como seria de esperar, ao desperdício, um dos maiores males da gestão pública.

Neste sentido, as medidas reguladoras de utilização e acesso aos serviços de saúde e, simultaneamente, a promoção de uma melhor gestão e obtenção de ganhos de eficiência libertando mais recursos para os que mais necessitam são, a nosso ver, indispensáveis e têm necessariamente de ser repensados.

O acesso às prestações de saúde no âmbito do SNS é subordinado a propósitos de equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, sem prejuízo de uma cautelosa gestão dos recursos disponíveis, conduzida com o propósito de obter deles o maior proveito socialmente útil, evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços.

Exigimos que não haja um cidadão que deixe de ter acesso, no SNS, aos cuidados de saúde de que necessita, cuidados esses que exigimos que sejam de qualidade.

O quadro legal que rege a prestação de cuidados de saúde à população portuguesa garante a proteção da saúde, em si mesma, como um direito dos indivíduos e da comunidade, em cuja efetivação há uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, alicerçada na liberdade de procura e de prestação de cuidados de saúde.

Neste quadro determinante, cabe ao Estado promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, sem prejuízo dos regimes e medidas especiais que se mostrem necessários, dirigidos a grupos de risco, tais como crianças, adolescentes, grávidas, idosos e doentes crónicos, entre outros.

Com efeito, existe a ideia generalizada de que, quando algo é gratuito, não custa nada a ninguém. No entanto, importa lembrar que "a saúde não tem preço, mas tem custos". E que mais gastos em saúde não significam necessariamente mais e melhores cuidados de saúde. Muitos desses gastos são perfeitamente desnecessários, constituindo um desperdício que, além de aumentar a fatura da saúde, coloca em causa a sustentabilidade do SNS.

Uma das ideias que o CDS-PP tem vindo a estudar e a defender é que o modelo de financiamento em saúde passe a ser dependente dos resultados alcançados. E, para que tal seja possível, é essencial ter em conta a componente gestionária e a avaliação periódica dos resultados clínicos, por hospital, por serviço, por especialidade.

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

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

Ora, não nos faz sentido que esse hospital X tenha o mesmo financiamento que o hospital Y onde um utente é internado durante o tempo clinicamente recomendável, é operado, medicado, tem alta, se necessário tem acesso a cuidados domiciliários e, também se necessário, tem acesso a reabilitação em tempo útil, não tem complicações e a taxa de sucesso no tratamento do seu problema de saúde é de 100%.

No entender do CDS-PP, o hospital Y deveria ser recompensado financeiramente pela boa gestão que faz dos recursos e pelos bons resultados clínicos alcançados, enquanto que o hospital X deveria ser financeiramente penalizado, uma vez que a sua gestão não será, manifestamente, a mais adequada.

A adoção de um modelo de financiamento com base nos resultados passa, necessariamente, por um modelo de gestão onde estejam envolvidos médicos, enfermeiros, farmacêuticos hospitalares, nutricionistas, psicólogos mas, evidentemente também, gestores profissionais e decisores políticos. E, tanto o premeio como a responsabilização pelos resultados alcançados, não podem passar única e exclusivamente pelos Conselhos de Administração. Devem passar, também, pelas direções de serviços por serem elas que, na realidade, gerem internamente cada serviço de cada unidade. Nesse sentido, deve ser-lhes atribuída a responsabilidade de responder pelos resultados alcançados no seu serviço: se forem bons são premiados, se forem maus são penalizados.

Este modelo tem, a nosso ver, outras duas mais-valias que o CDS-PP muito preza: a meritocracia e a saudável concorrência entre serviços e hospitais do SNS, numa busca constante pelos melhores cuidados de saúde que prestam aos utentes que ali acorrem. E estas duas mais-valias mais sentido fazem agora, que temos em vigor o Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes no SNS. Se o utente já tem – e bem - o direito a escolher livremente em que unidade de saúde do SNS quer ser tratado, é do mais elementar

bom-senso proporcionar às unidades de saúde as condições necessárias para que possam acolher e tratar todos os utentes que ali recorrem, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade e excelência. Mas isto nunca será possível sem uma adequada e rigorosa gestão interna dos seus serviços.

Neste sentido, o CDS-PP entende ser da mais elementar evidência a necessidade absoluta da introdução de métricas orientadoras de avaliação de qualidade e desempenho em todos os hospitais do SNS, que sejam periodicamente avaliadas e que os resultados dessas avaliações sejam obrigatoriamente tidos em conta na atribuição dos seus orçamentos, por parte do Governo.

Existem já métricas de avaliação nacional e internacionalmente recomendadas, importa agora implementá-las. E, para que essa implementação seja efetiva e consensual, é determinante envolver na sua elaboração a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Nutricionistas, a Ordem dos Psicólogos, as direções de serviços, os Conselhos de Administração e o Governo. A sensibilidade e especial relevância desta matéria obriga a um consenso entre todos. E se todos são – como se tem visto publicamente - consensuais quando afirmam que o SNS está em rutura, que o SNS sofre de um subfinanciamento crónico, que não há recursos humanos nem materiais suficientes no SNS, parece-nos evidente que serão, também, consensuais quanto à necessidade de introduzir uma alteração profunda ao modelo de financiamento dos hospitais do SNS, por forma a que se tornem bem geridos, sustentáveis e com elevadíssimos padrões de qualidade nos serviços que prestam. O alcance deste consenso dependerá do diálogo, da boa vontade de todos os intervenientes e da respetiva assunção de responsabilidades por parte de quem, com toda a dedicação, cuida da saúde dos portugueses.

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

Este modelo de financiamento em saúde que defendemos, assente nos resultados, tem, evidentemente, de prever a responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde e tem, também, de ser facilmente escrutinável pelo decisor político e pelos gestores hospitalares. Só desta forma será possível realizar os investimentos efetivamente necessários, de forma inteligente e racional, transformando-os verdadeiramente em ganhos de eficiência no consumo de recursos e na libertação de meios financeiros para a prestação de cuidados de saúde com valor acrescentado para

o utente.

Este é um passo decisivo para aquilo que o CDS-PP não tem dúvidas que todos – da esquerda à direita – defendemos: um SNS de qualidade e excelência, sustentável, com os recursos humanos, materiais e financeiros necessários e acessível, em tempo clinicamente útil, a todos os cidadãos.

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

Artigo 1º
Objeto

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

Artigo 2º
Financiamento com base nos resultados

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

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

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

4 – O membro do Governo responsável pela área da Saúde nomeia, no prazo de 30 dias após a publicação da presente lei, uma Equipa de Avaliação dos Relatórios de Desempenho e Qualidade referidos no número anterior, a quem compete avaliar os dados recebidos e elaborar um Quadro Anual de Desempenho e Qualidade dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde.

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

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

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

8 – Os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde com piores índices anuais de desempenho e qualidade são penalizados no Orçamento do Estado subsequente, com uma redução do seu orçamento.

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

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

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

Artigo 3º
Operacionalização

1 – As métricas orientadoras de avaliação de qualidade e desempenho referidas no número 2 do artigo anterior são definidas por um grupo de trabalho constituído pelo

membro do Governo responsável pela área da Saúde, no prazo de 30 dias após a publicação da presente lei.

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

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

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

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

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

Artigo 4º
Entrada em vigor

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

Palácio de São Bento, 24 de Setembro de 2018.

Os Deputados do Grupo Parlamentar do CDS-PP,

Isabel Galriça Neto
Teresa Caeiro
Ana Rita Bessa
Assunção Cristas
Nuno Magalhães
Telmo Correia
Cecilia Meireles
Helder Amaral
João Almeida
João Rebelo
Pedro Mota Soares
Alvaro Castello-Branco
Antonio Carlos Monteiro

Filipe Anacoreta Correia
Ilda Araujo Novo
João Gonçalves Pereira
Patricia Fonseca
Vania Dias da Silva