

Capacitação em Gestão e Políticas de Saúde

- Workshops para Fisioterapeutas

Relatório Final

ÍNDICE

1.	ENQUADRAMENTO	3
2.	DESCRIÇÃO DO PROJETO	4
3.	RECOMENDAÇÕES	8
4.	BIBLIOGRAFIA	10

1. ENQUADRAMENTO

O presente relatório integra o projeto denominado “**Capacitação em Gestão e Políticas de Saúde**”, desenvolvido através de uma parceria entre a Ordem dos Fisioterapeutas e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP NOVA).

A Ordem dos Fisioterapeutas é a associação pública profissional representativa dos profissionais de fisioterapia em Portugal e tem como missão regular o acesso e o exercício da fisioterapia, estabelecendo as normas regulamentares e deontológicas da profissão, zelando pelo seu cumprimento através do desenvolvimento de pilares estratégicos, centrado num sistema de garantia da qualidade, potenciando a inovação e a melhoria contínua junto dos seus membros, colaboradores, parceiros, cidadão e partes interessadas.

Por outro lado, a ENSP NOVA é uma instituição de referência no ensino da saúde pública e da gestão em saúde em Portugal, possuindo competências e conhecimentos altamente diferenciados, nomeadamente nas vertentes do desenho, implementação e avaliação de intervenções, modelos organizacionais e políticas em saúde. A missão da ENSP NOVA contempla assim o ensino de qualidade nas áreas específicas da saúde, a investigação dirigida à resolução concreta de problemas que se colocam à sociedade e aos sistemas de saúde, a prestação de serviços à comunidade na área da saúde pública e a promoção de cooperação institucional entre entidades e setores de atividade.

A cooperação interinstitucional entre a academia e as entidades representativas dos profissionais e dos prestadores de cuidados de saúde permite a transferência de conhecimento bidirecional, através do acesso e da partilha de informação, de materiais e de recursos diversificados, contribuindo para o desenvolvimento do capital humano e para uma melhor resposta às necessidades da população.

Esta cooperação assume especial relevância no âmbito das alterações estruturais em curso no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente a universalização do modelo organizativo das Unidades Locais de Saúde (ULS), operacionalizada a partir de 1 de janeiro de 2024¹.

Esta nova realidade organizacional cria um contexto favorável à continuidade de cuidados e à implementação de novos modelos de organização interna das entidades do SNS, fornecendo aos profissionais de saúde, nomeadamente aos fisioterapeutas, a oportunidade de assumirem um papel cada vez mais relevante na gestão de equipas dotadas de autonomia funcional e técnica, que aceitem uma responsabilidade assistencial e gestionária acrescida.

¹ Conforme [Decreto-Lei n.º 102/2023](#), de 7 de novembro, na sua redação atual.

2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

A intervenção dos fisioterapeutas no setor da saúde abrange as diferentes áreas de competências definidas no perfil profissional da profissão², nomeadamente nos domínios da clínica, comunicação, gestão, colaboração, promoção do profissionalismo, liderança, ensino e investigação.

No quadro do reforço das competências de gestão e liderança dos fisioterapeutas, a ENSP NOVA e a Ordem dos Fisioterapeutas desenvolveram um conjunto de workshops temáticos para capacitação destes profissionais, os quais reúnem as características que em seguida se sintetizam.

Coordenação

Ricardo Mestre, Professor Auxiliar Convidado da ENSP NOVA.

Objetivos Gerais

Capacitar os fisioterapeutas com conhecimentos e competências críticas sobre as dinâmicas atuais da gestão e das políticas de saúde, com enfoque nos desafios e oportunidades para o SNS.

Co construir recomendações específicas para o desenvolvimento dos cuidados de fisioterapia no SNS.

Público-Alvo

Fisioterapeutas selecionados e indicados pela Ordem dos Fisioterapeutas, incluindo coordenadores de fisioterapia das entidades do SNS interessados em aprofundar o seu conhecimento sobre os temas atuais da gestão em saúde (cerca de 40 fisioterapeutas).

Metodologia

Exposições teórico-práticas acompanhadas por debates interativos, promovendo o diálogo e a troca de experiências entre os fisioterapeutas participantes e os especialistas da ENSP NOVA que conduzem os workshops temáticos. Apresentação de ferramentas e boas práticas, com o objetivo de equipar os participantes com abordagens inovadoras para aplicar nas suas instituições e contextos profissionais.

Horário

Quartas-feiras, das 14h00 às 18h00.

Formato

Online.

² [Regulamento n.º 490/2023](#), de 3 de maio de 2023.

Workshops

Os vários workshops foram organizados e ministrados de acordo com os seguintes temas e objetivos:

- **Workshop 1 - Gestão estratégica na saúde**

Sessão ministrada por Ricardo Mestre, Professor Auxiliar Convidado da ENSP NOVA, no dia 23 de abril de 2025, com a duração de 4h e com os seguintes objetivos específicos:

- Debater os atuais desafios dos sistemas de saúde.
- Discutir os fundamentos do pensamento estratégico e a sua aplicação à gestão em saúde.
- Reconhecer os principais processos de planeamento e gestão no SNS.
- Explorar as diversas técnicas e ferramentas de planeamento e gestão na saúde.
- Definir linhas de ação estratégica e planos operacionais alinhados com os objetivos da organização.

- **Workshop 2 – Integração de Cuidados**

Sessão orientada por Rui Santana, Professor Catedrático da ENSP NOVA, e ministrada por Cláudia Almeida, Joana Seringa e Maria Rita Pessoa, investigadoras da ENSP NOVA, no dia 07 de maio de 2025, com a duração de 4h, com os seguintes objetivos específicos:

- Reconhecer os principais conceitos e modelos de integração de cuidados.
- Aprofundar o racional da integração de cuidados e o seu potencial para responder aos desafios da saúde.
- Discutir as várias dimensões da integração de cuidados.
- Debater diversas estratégias de reforço da integração de cuidados.
- Conhecer experiências internacionais na área da integração de cuidados.

- **Workshop 3 – Avaliação de Tecnologias e Intervenções em Saúde**

Sessão ministrada por Julian Perelman, Professor Catedrático da ENSP NOVA, no dia 14 de maio de 2025, com a duração de 4h e com os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o racional e a pertinência da avaliação económica em saúde.
- Identificar as técnicas de análise económica utilizadas na avaliação de intervenções em saúde.
- Reconhecer as principais formas de medição de custos no setor.
- Interpretar exemplos de aplicação de técnicas de avaliação económica em diferentes contextos.
- Participar em exercícios práticos que promovam a aplicação dos conhecimentos adquiridos.

- **Workshop 4 – Contratualização de Cuidados de Saúde**

Sessão ministrada por Ricardo Mestre, Professor Auxiliar Convidado da ENSP NOVA, no dia 21 de maio de 2025, com a duração de 4h e com os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as características do processo de contratualização estratégica em saúde.
- Interpretar o conceito de autonomia no contexto das entidades do SNS.
- Compreender os ciclos de negociação, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde.
- Relacionar os mecanismos de contratualização externa e interna no SNS.
- Realizar exercícios de consolidação dos conhecimentos sobre contratualização em saúde.

- **Workshop 5 - Financiamento em Saúde**

Sessão ministrada por Ricardo Mestre, Professor Auxiliar Convidado da ENSP NOVA, no dia 28 de maio de 2025, com a duração de 4h e com os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer os conceitos de financiamento e eficiência em saúde.
- Descrever os fluxos financeiros dos sistemas de saúde.
- Discutir os principais conceitos relacionados com proteção financeira em saúde.
- Analisar criticamente os principais métodos de pagamento aos prestadores de cuidados.
- Reconhecer as relações entre os processos de financiamento e de contratualização no SNS (e.g., setor convencionado; rede nacional de cuidados continuados integrados).

- **Workshop 6 - Custeio em Saúde**

Sessão ministrada por Ricardo Mestre, Professor Auxiliar Convidado da ENSP NOVA, no dia 04 de junho de 2025, com a duração de 4h e com os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a função financeira nas entidades de saúde.
- Analisar o papel da contabilidade no apoio à tomada de decisão informada na saúde.
- Conhecer os conceitos fundamentais da contabilidade de gestão.
- Avaliar criticamente os principais métodos de custeio em saúde.
- Discutir exemplos de custeio no SNS (e.g., internamento hospitalar; meios complementares de diagnóstico e terapêutica).

Este conjunto de workshops foi preparado entre a ENSP NOVA, representada por Ricardo Mestre, e a Ordem dos Fisioterapeutas, representada pelo 1º Vice-Presidente Nuno Cordeiro e pela Vogal Carla Pimenta.

Os workshops iniciaram-se com uma sessão de abertura, realizada no dia 23 de abril de 2025, nas instalações da ENSP NOVA, a qual contou com a presença do Bastonário da Ordem dos Fisioterapeutas, António Lopes, e do Coordenador do Projeto na ENSP NOVA, Ricardo Mestre.

O conteúdo dos workshops temáticos foi ajustado às necessidades identificadas pela Ordem dos Fisioterapeutas, respondendo a desafios específicos deste grupo profissional, e procurando promover uma visão partilhada em torno de objetivos comuns. Neste sentido, as sessões realizadas desempenharam um duplo papel: reforçar a capacitação técnica dos fisioterapeutas participantes e, em simultâneo, consolidar uma cultura de inovação e de melhoria contínua neste grupo profissional.

Os workshops decorreram de forma interativa e permitiram a transmissão de conhecimento técnico e científico sobre as matérias em causa, assim como a partilha de experiências entre os participantes, fomentando um ambiente colaborativo e de aprendizagem mútua.

Aplicaram-se metodologias de ensino participativas, proporcionando aos fisioterapeutas a oportunidade de discutir casos concretos, simular cenários práticos e refletir criticamente sobre a sua atividade diária e sobre os desafios do futuro, reforçando assim a aplicabilidade dos conteúdos teóricos ao contexto real.

As várias sessões realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências transversais, como a comunicação, a gestão de recursos e a tomada de decisão em situações complexas. Houve participação ativa dos fisioterapeutas, o que estimulou a motivação de todos e criou as condições para uma maior apropriação dos conhecimentos adquiridos.

Os conteúdos ministrados pelos especialistas da ENSP NOVA foram partilhados com todos os intervenientes, através da Ordem dos Fisioterapeutas.

A ENSP NOVA emitiu certificados de participação para os fisioterapeutas que frequentaram este conjunto de workshops de capacitação.

Por último, importa destacar que os resultados positivos deste projeto reforçam a necessidade de realização de outras iniciativas conjuntas, nomeadamente as que possam contribuir para enfrentar os desafios da gestão em saúde e afirmar a fisioterapia como uma profissão que acrescenta valor para os utentes/famílias, para o SNS e para toda a sociedade.

3. RECOMENDAÇÕES

Durante os vários workshops temáticos foram trabalhadas diversas recomendações específicas, relevantes não só para a qualificação da atividade dos fisioterapeutas, mas também para o desenvolvimento dos serviços/unidades prestadoras de cuidados no SNS.

A metodologia utilizada para a construção destas recomendações baseou-se num processo de cocriação. Esta abordagem é utilizada enquanto método colaborativo entre profissionais de saúde, investigadores, membros da comunidade e decisores políticos na resolução de problemas complexos em gestão da saúde. A escolha deste método teve como fundamento a necessidade de articular o conhecimento teórico e científico com o contexto real e concreto das equipas e das respetivas entidades, promovendo o envolvimento direto dos profissionais na definição dos desafios que a profissão enfrenta.

O objetivo deste trabalho colaborativo foi garantir que as recomendações resultantes destes workshops refletiam as prioridades do setor e as preocupações dos fisioterapeutas, destacando-se as seguintes:

Principais recomendações:

1. **Definir o modelo de planeamento estratégico de cada serviço/unidade** → escolher a estrutura e as técnicas/instrumentos de planeamento mais ajustadas ao contexto e à realidade concreta de cada serviço/unidade, garantindo a sua implementação tempestiva e assegurando a participação ativa dos vários intervenientes na sua elaboração, execução e avaliação.
2. **Alinhar os instrumentos internos/externos de planeamento e gestão** → articular o Plano de Ação do serviço/unidade, com o Plano de Desenvolvimento Organizacional da ULS/IPO e com o Quadro Global de Referência do SNS (e.g., prazos, dimensões, objetivos, metas), numa lógica *bottom-up* de responsabilidade partilhada, em que os compromissos são assumidos num quadro de gestão descentralizada, com autonomia e responsabilidade partilhada entre todos os intervenientes.
3. **Promover a organização matricial das entidades do SNS** → garantir um modelo funcional integrado e centrado no utente, que articule cuidados primários, hospitalares e continuados, de forma a potenciar as competências técnicas dos vários grupos profissionais e a qualificar o acesso, assegurar a continuidade dos cuidados e rentabilizar a capacidade instalada no SNS.
4. **Criar mais processos assistenciais integrados na área dos cuidados de fisioterapia** → alargar a abrangência das normas clínicas e organizacionais que enquadram os processos assistenciais

integrados para os principais grupos de patologias abrangidos pelos cuidados de fisioterapia, de forma a dinamizar a organização do trabalho em equipas multiprofissionais (com autonomia profissional e articulação interdisciplinar) e a reforçar o papel dos fisioterapeutas na gestão integrada de determinadas condições clínicas.

5. **Envolver os utentes/famílias no *continuum* dos cuidados** → garantir que os utentes participam ativamente em todas as fases do processo assistencial (desde a prevenção à reabilitação, com enfoque na comunidade), de forma a ajustar a resposta das equipas e dos serviços/unidades às suas necessidades em saúde, numa lógica colaborativa, responsável e de melhoria contínua.
6. **Aplicar métodos de custeio por atividades nas intervenções de fisioterapia** → calcular os custos com base nas atividades realizadas durante o ciclo de cuidados de fisioterapia, permitindo assim saber exatamente o custo das principais intervenções desta área no SNS (permite posteriormente calcular aos custos por utente nas várias ULS/IPO).
7. **Medir o valor gerado pelas intervenções de fisioterapia** → aprofundar a avaliação dos ganhos associados às intervenções de fisioterapia, nomeadamente nas áreas pediátrica (e.g., atrasos motores), respiratória (e.g., doença pulmonar obstrutiva crónica), ortopédica (e.g., osteoartrose da anca e joelho) ou pós acidente vascular cerebral e em programas de prevenção de quedas (e.g., em idosos), de gestão da dor crónica (e.g., lombalgias) ou de cuidados de longa duração.
8. **Implementar modelos de pagamento baseados no valor** → aplicar no SNS modalidades de pagamento sensíveis ao desempenho (e não apenas ao volume de atos), que considerem a complexidade dos utentes seguidos no serviço/unidade e que valorizem os resultados alcançados pela execução dos planos de cuidados que foram definidos.
9. **Priorizar a contratualização com base em resultados** → operacionalizar um modelo de contratualização e de governação clínica participada e de proximidade, que incentive as boas práticas e as intervenções custo efetivas, com respeito pelo trabalho em equipa multiprofissional e pelo quadro de competências dos vários grupos profissionais, nomeadamente dos fisioterapeutas.
10. **Reforçar mecanismos de comunicação e prestação de contas** → produzir informação integrada sobre as principais intervenções de fisioterapia, mas também sobre o desempenho dos serviços/unidades (e.g., painel de indicadores de acesso, qualidade, eficiência e integração de cuidados), de forma a permitir a avaliação dos resultados alcançados e a definição de planos de comunicação interna e externa que reflitam a atividade dos profissionais e das unidades/serviços.

4. BIBLIOGRAFIA

Agnello DM, Anand-Kumar V, An Q, de Boer J, Delfmann LR, Longworth GR, Loisel Q, McCaffrey L, Steiner A, Chastin S. Co-creation methods for public health research - characteristics, benefits, and challenges: a Health CASCADE scoping review. BMC Med Res Methodol. 2025 Mar 6;25(1):60.

Borges, C. M., Ramalho, R., Bajanca, M., Oliveira, T., Major, M., Diz, P., Rodrigues, V. (2010).

Cashin C., Bloom D., Sparkes S., Barroy H., Kutzin J., O'Dougherty S. Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2017.

Conselho Finanças Públicas. Relatório sobre Riscos Orçamentais e Sustentabilidade das Finanças Públicas, dezembro 2023.

Drummond, M., M. Sculpher, K. Claxton, G. Stoddart e G. Torrance (2015) Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press.

European health report 2024: keeping health high on the agenda. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Goodwin N. Understanding Integrated Care. Int J Integr Care. 2016 Oct 28;16(4):6. doi: 10.5334/ijic.2530. PMID: 28316546; PMCID: PMC5354214.

Hankins e Baker. Management Accounting for Health Care Organizations: Tools and Techniques for Decision Support, 2004.

Kings Fund. What is commissioning and how is it changing?, July 2023.

Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2(4):1–6.

Hornby et al, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2022; 103 : S197-S204.

OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

OECD (2023), Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>.

OECD (2024), Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.

OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Revista Portuguesa de Saúde Pública. Implementação de um sistema de custeio por atividades nos hospitais do SNS, (9), 141-160

Santana R, Seringa J, Almeida C, Gaspar C, Papança M, Belo A. Handbook de Integração de Cuidados. Almedina. Lisboa; 2021.

Shaw SE, Smith JA, Porter A, et al. The work of commissioning: a multisite case study of healthcare commissioning in England's NHS. BMJ Open 2013;3: e003341. doi:10.1136/ bmjopen-2013-003341

Stein, K. V. (2022). Integrated Care in the Context of a Changing Environment—does it Matter?. International Journal of Integrated Care, 22(4).

Strategizing national health in the 21st century: a handbook / Gerard Schmets ... [et al].

Vargas C, Whelan J, Brimblecombe J, Allender S. Co-creation, co-design, co-production for public health - a perspective on definition and distinctions. Public Health Res Pract. 2022 Jun 15;32(2):3222211.

WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. Summary. Copenhagen; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZELMAN, W.; McCUE, M.; MILLIKAN, A.; GLICK, N; THOMAS M.- Financial Management of Health Care Organizations: An Introduction to Fundamental Tools, Concepts and Applications, 5th Edition, 2020, Blackwell Publishing.

Workshops sobre gestão e políticas de saúde

Parceria ENSP NOVA / Ordem dos Fisioterapeutas

WORKSHOP 1

“GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE”

Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)

23 de abril de 2025



Apresentação

NextGen Public Health Leadership & People EducaTion by ENSP NOVA

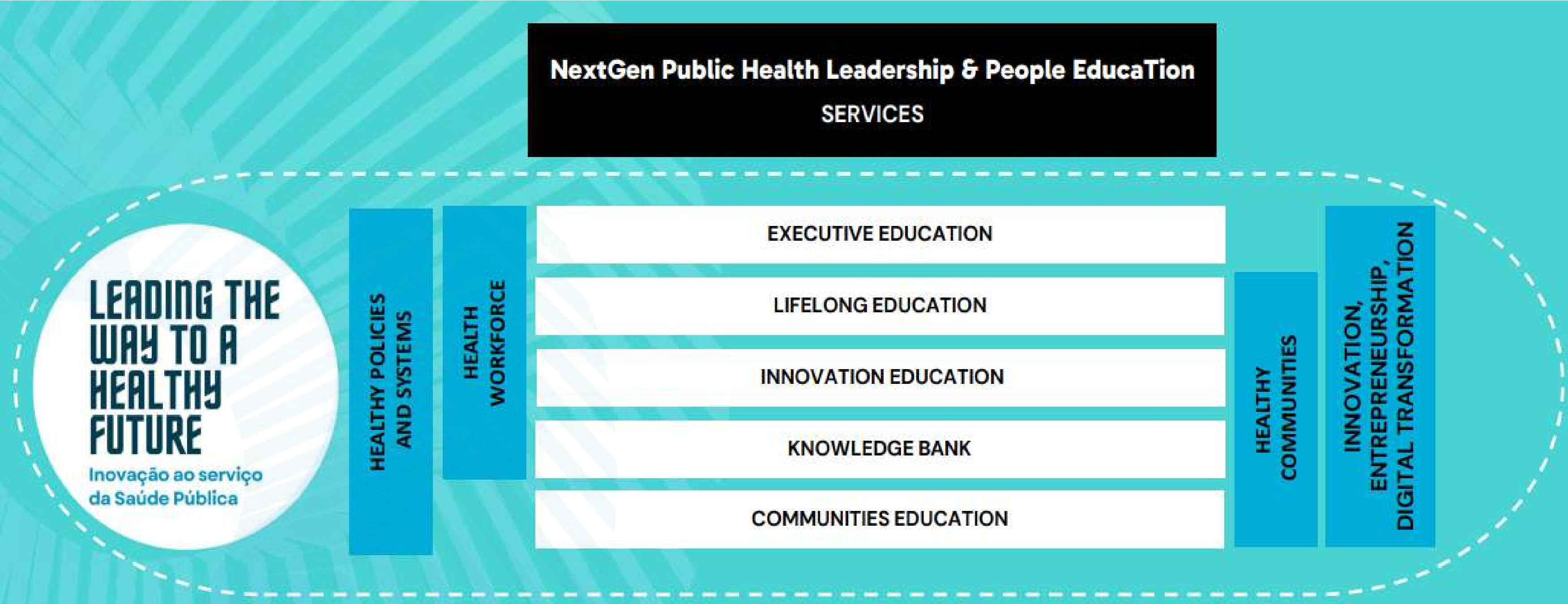
Fundada em 1968, a **ENSP NOVA** é uma instituição pioneira no ensino da saúde pública e da gestão em saúde em Portugal e no Mundo.

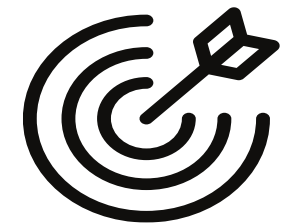
A **ENSP NOVA** concilia o ensino e investigação, aliado à transferência de conhecimento e inovação para a comunidade através da coordenação de plataformas de parceiros nacionais e internacionais.

A ***NextGen Public Health Leadershio and People EducaTion*** consolida o compromisso da **ENSP NOVA** como entidade de referência do sector da saúde em Portugal e no mundo tendo como **missão** criar contextos que potenciem a aprendizagem e desenvolvimento de líderes, profissionais e cidadãos com as competências e conhecimentos necessários, promovendo a inovação, empreendedorismo e a colaboração interdisciplinar que permitam enfrentar os desafios globais de saúde pública.



Leading the way to a healthy future





➤ **Objetivo da aprendizagem**

1. Capacitar os fisioterapeutas com conhecimentos e competências críticas sobre as dinâmicas atuais da gestão e das políticas de saúde.
2. Coconstruir recomendações específicas para o desenvolvimento dos cuidados de fisioterapia no Serviço Nacional de Saúde.

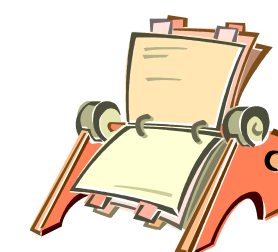
Grelha de workshops

Workshops sobre Gestão e Políticas de Saúde 2025

– Parceria ENSP NOVA / Ordem dos Fisioterapeutas

Coordenador: Ricardo Mestre

Nº da Sessão	Tema	Docente/Preletor	Data	Horário	Regime
1	Gestão estratégica na saúde	Ricardo Mestre	23/abr./25	14:00-18:00	Híbrido
2	Integração de cuidados	Rui Santana	07/mai./25	14:00-18:00	Distância
3	Avaliação de Tecnologias e Intervenções	Julian Perelman	14/mai./25	14:00-18:00	Distância
4	Contratualização de cuidados de saúde	Ricardo Mestre	21/mai./25	14:00-18:00	Distância
5	Financiamento em Saúde	Ricardo Mestre	28/mai./25	14:00-18:00	Distância
6	Custeio em saúde	Ricardo Mestre	04/jun./25	14:00-18:00	Distância

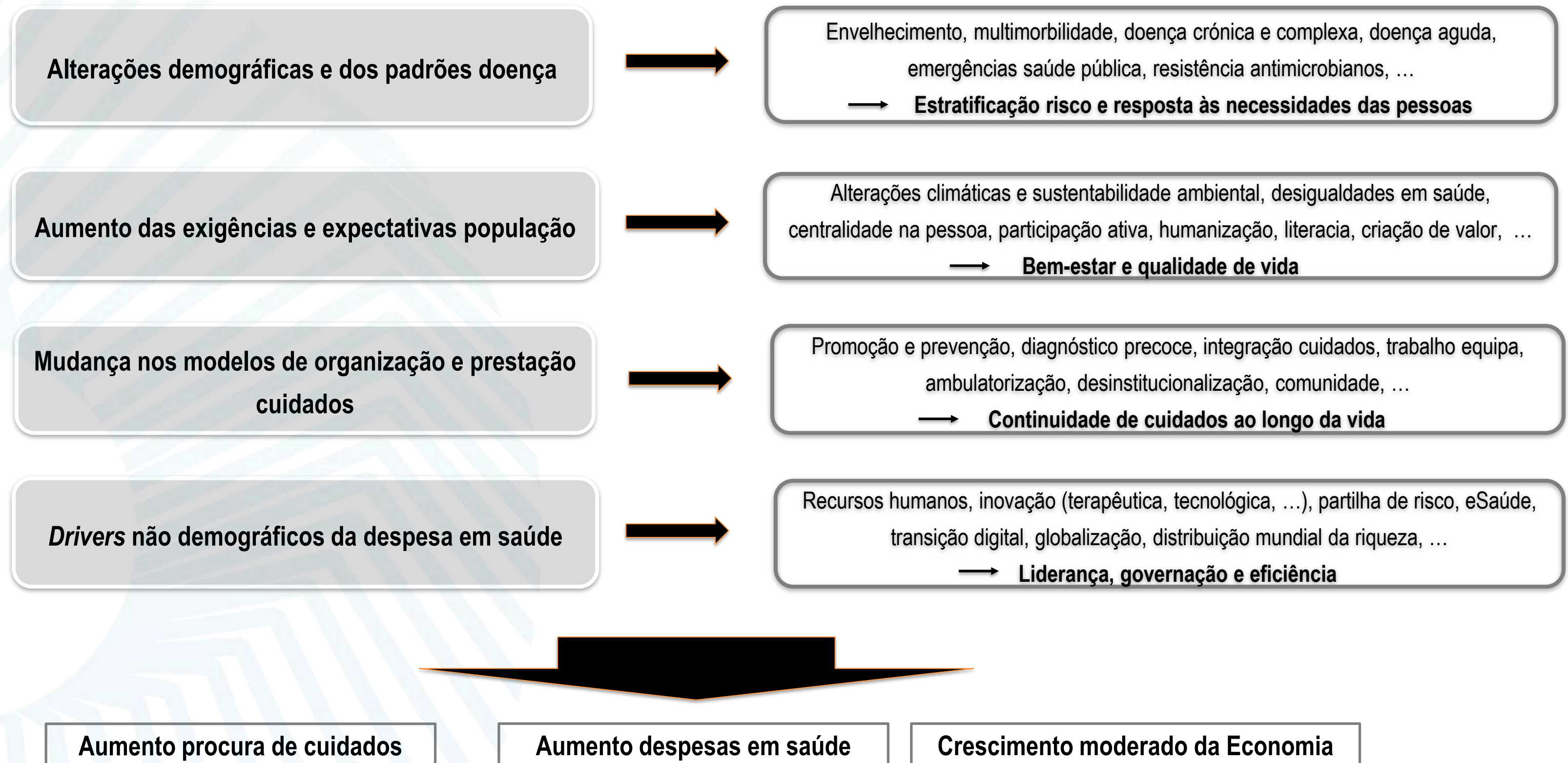




GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE

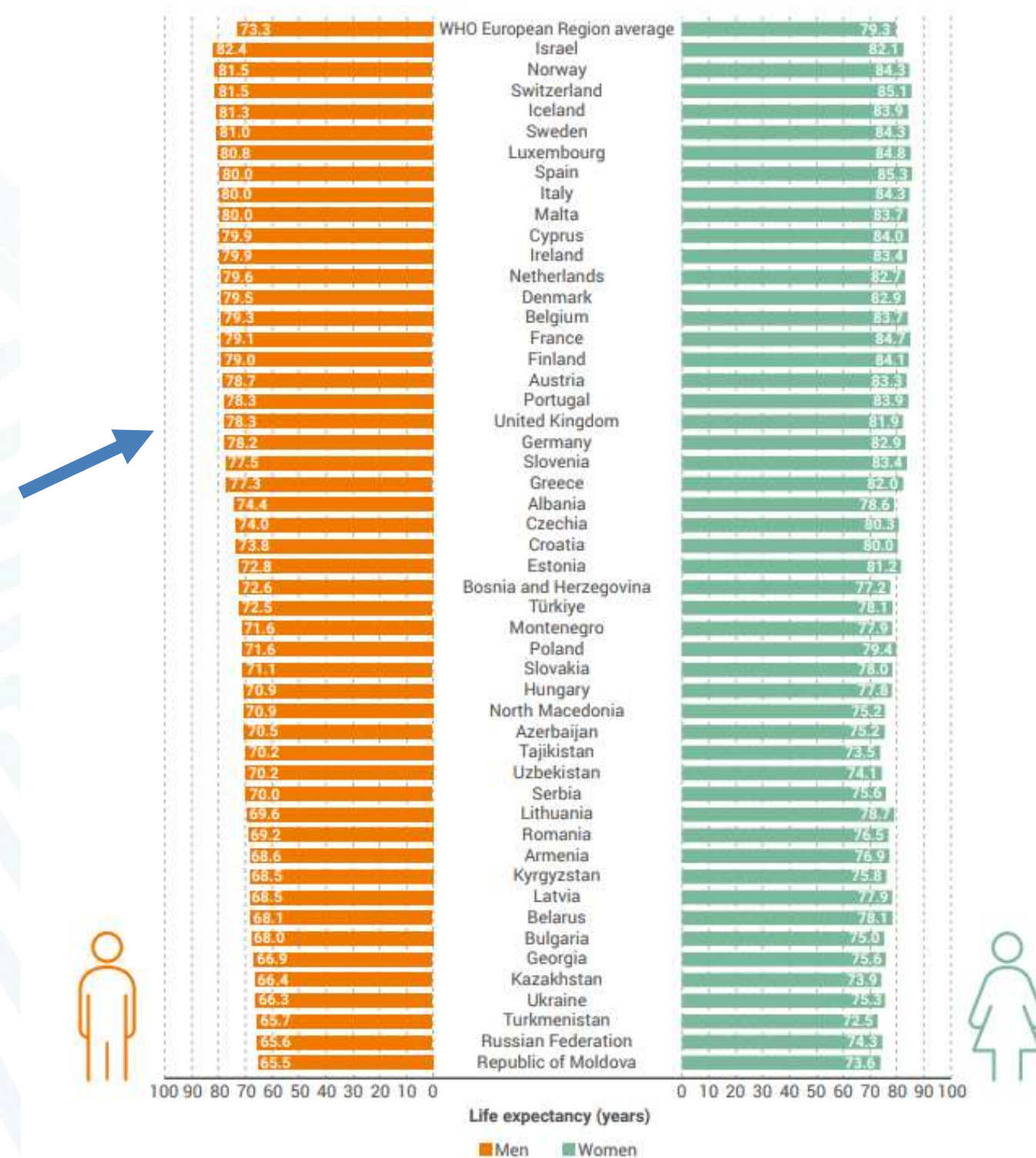
- i. Desafios dos sistemas de saúde
- ii. Reorganização do SNS
- iii. Instrumentos de planeamento no SNS

Desafios dos Sistemas de Saúde



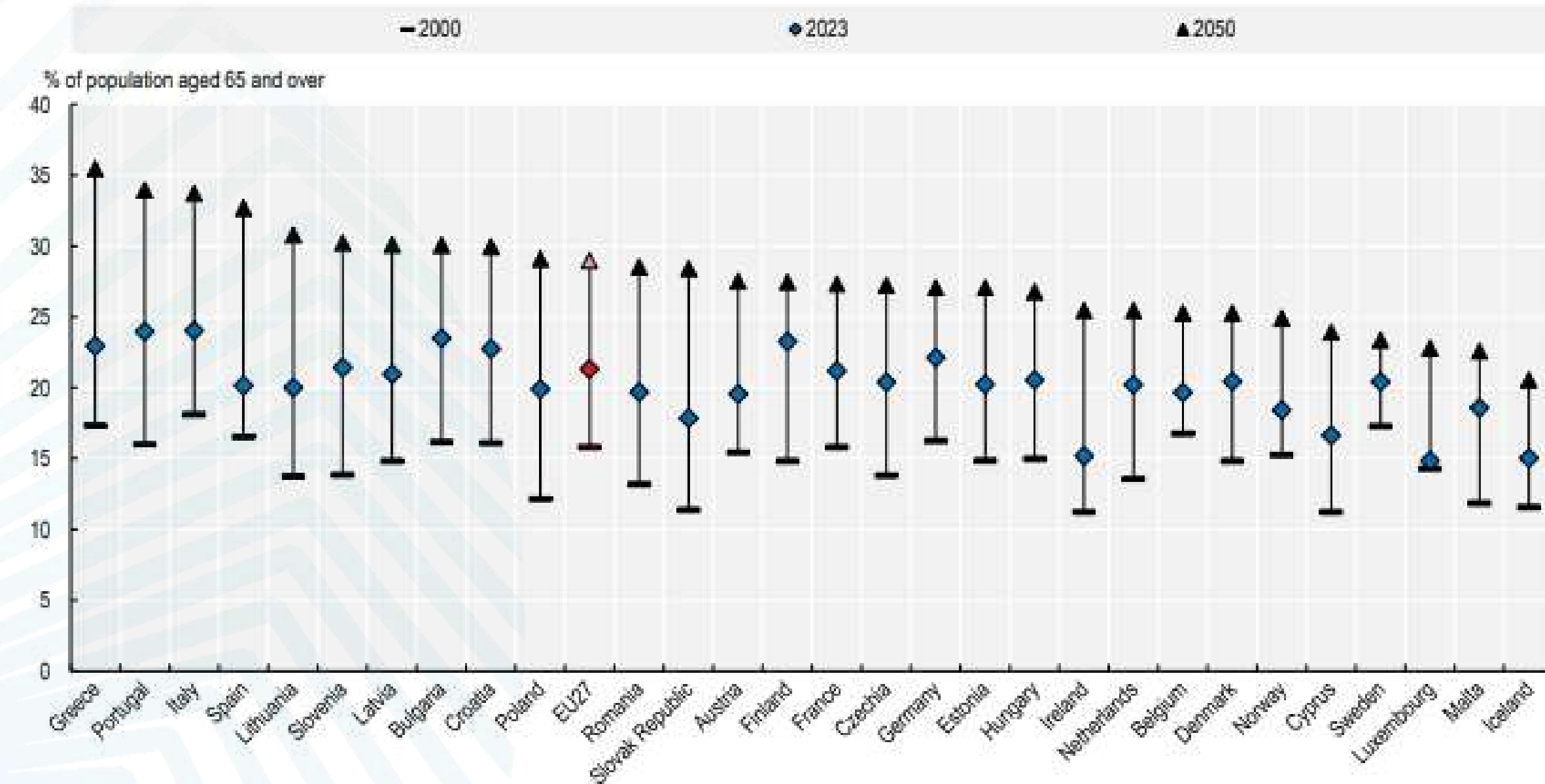
Desafios do Sistema de Saúde | Esperança de vida

Life expectancy at birth by sex, WHO European Region, 2021



Desafios do Sistema de Saúde | Envelhecimento

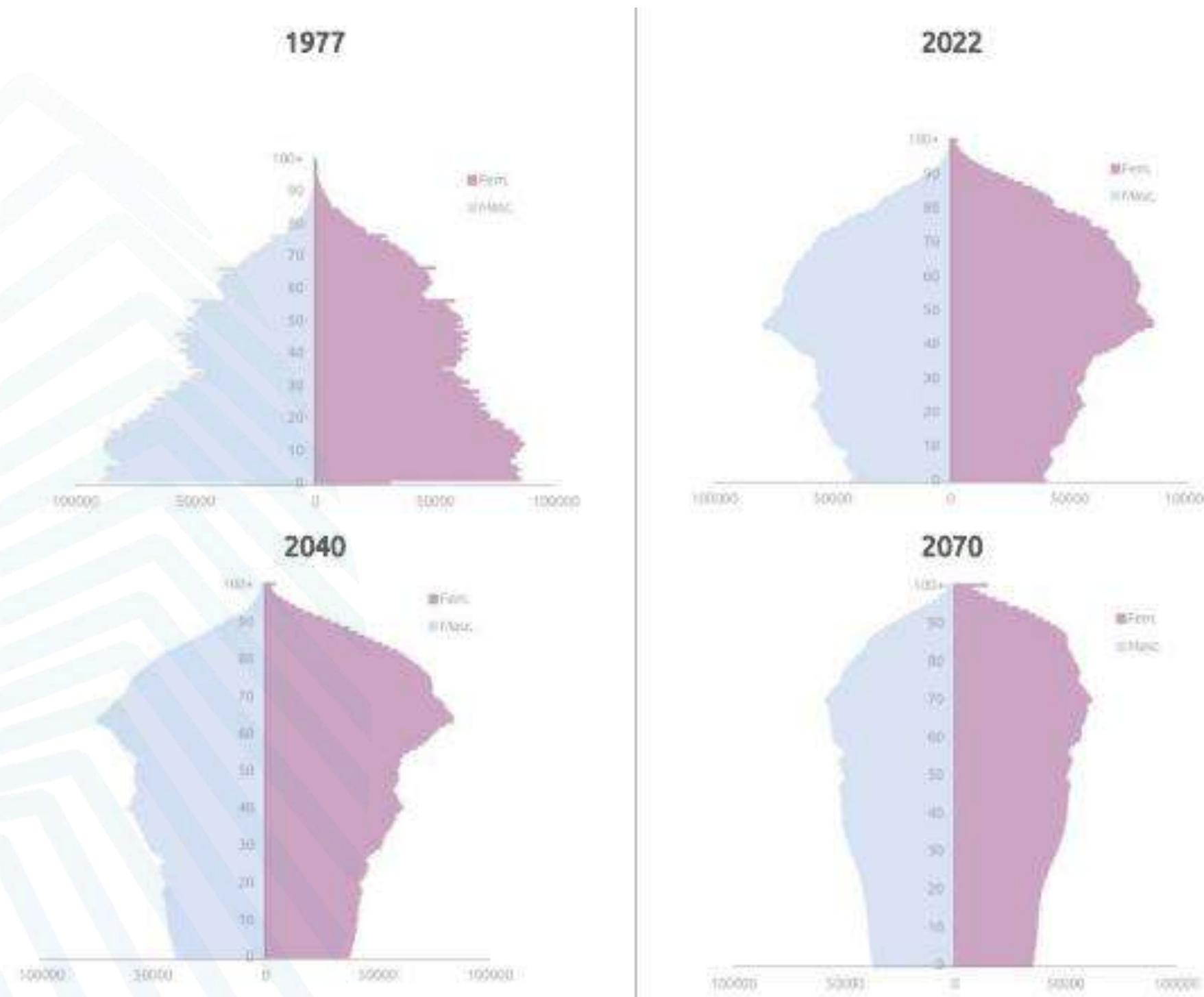
Nearly three in ten people in the EU will be over age 65 in 2050, up from two in ten in 2023



Note: The EU average is weighted.
Source: Eurostat (proj_23np, demo_pjangroup).

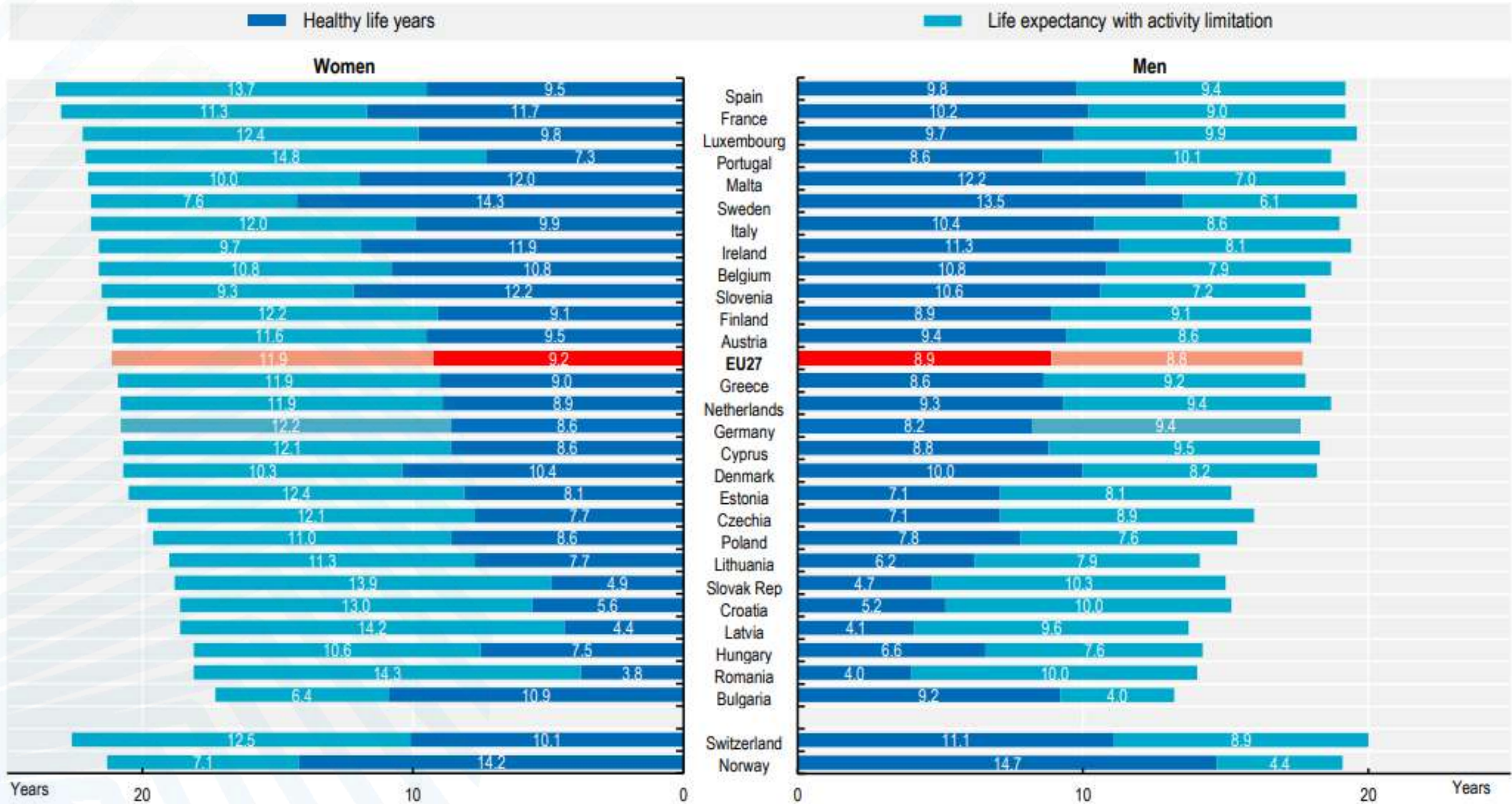
Desafios do Sistema de Saúde | Envelhecimento

Pirâmides populacionais (Portugal)



Desafios do Sistema de Saúde | Qualidade de vida

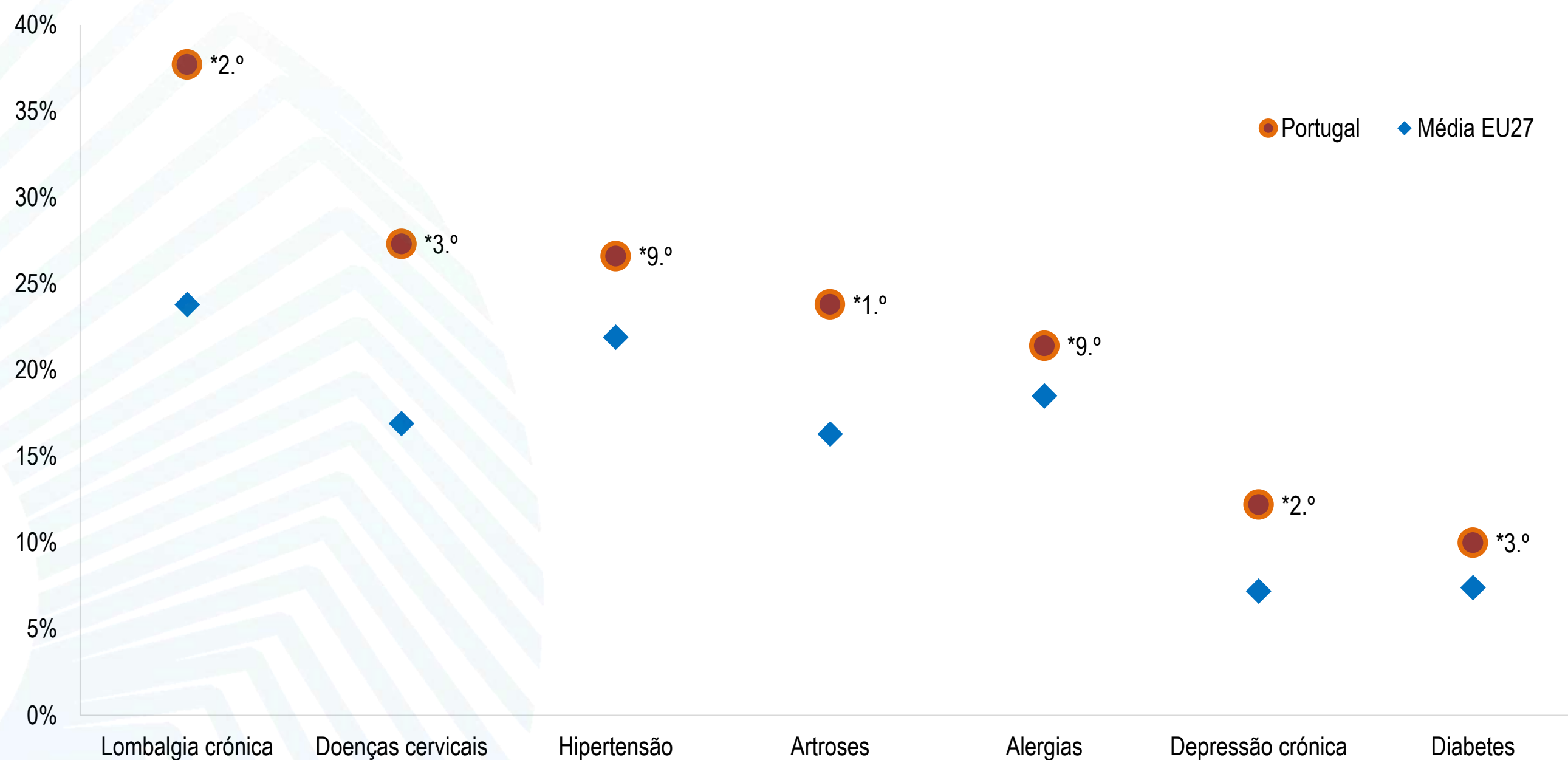
Life expectancy and healthy life years at 65, by gender, 2022



Note: The EU average is weighted. Data comparability is limited because of different formulations of the survey question in EU-SILC.
Source: Eurostat (hlth_hlye).

Desafios do Sistema de Saúde | Multimorbilidade

Pessoas que reportam viver com doença crónica 2019

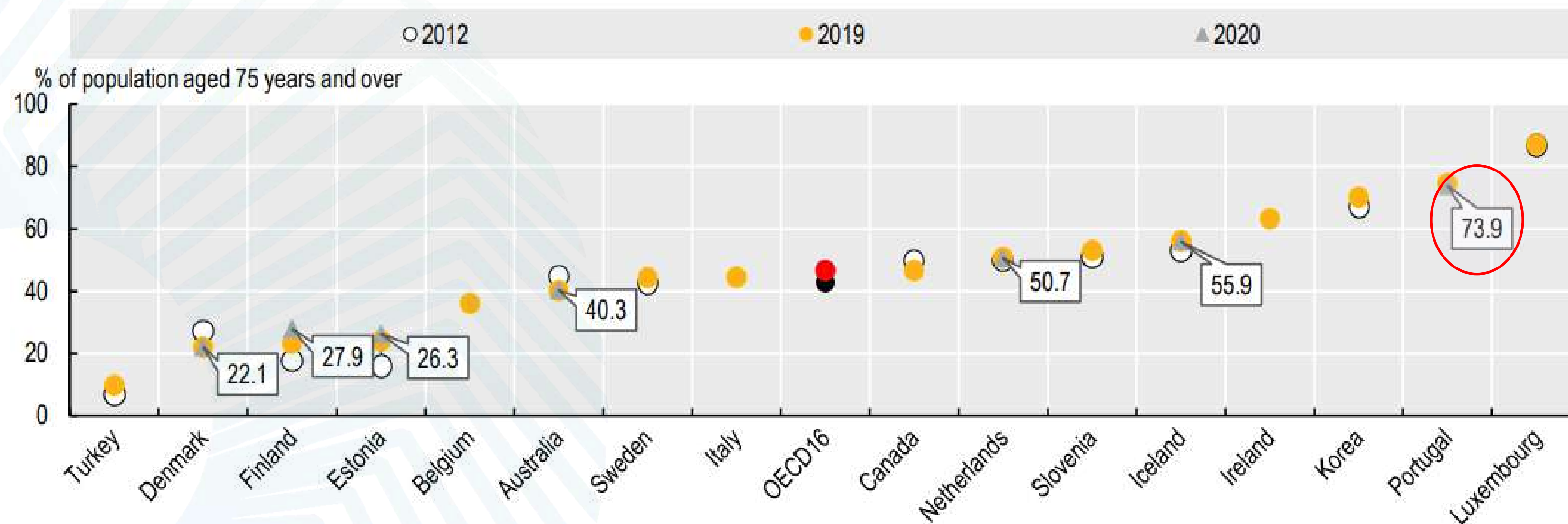


* Posição de Portugal na UE27.

Fonte: [Eurostat](https://ec.europa.eu/eurostat).

Desafios do Sistema de Saúde | Multimorbilidade

Population at age 75 and over taking more than five medications concurrently



Desafios do Sistema de Saúde | Envelhecimento e multimorbilidade

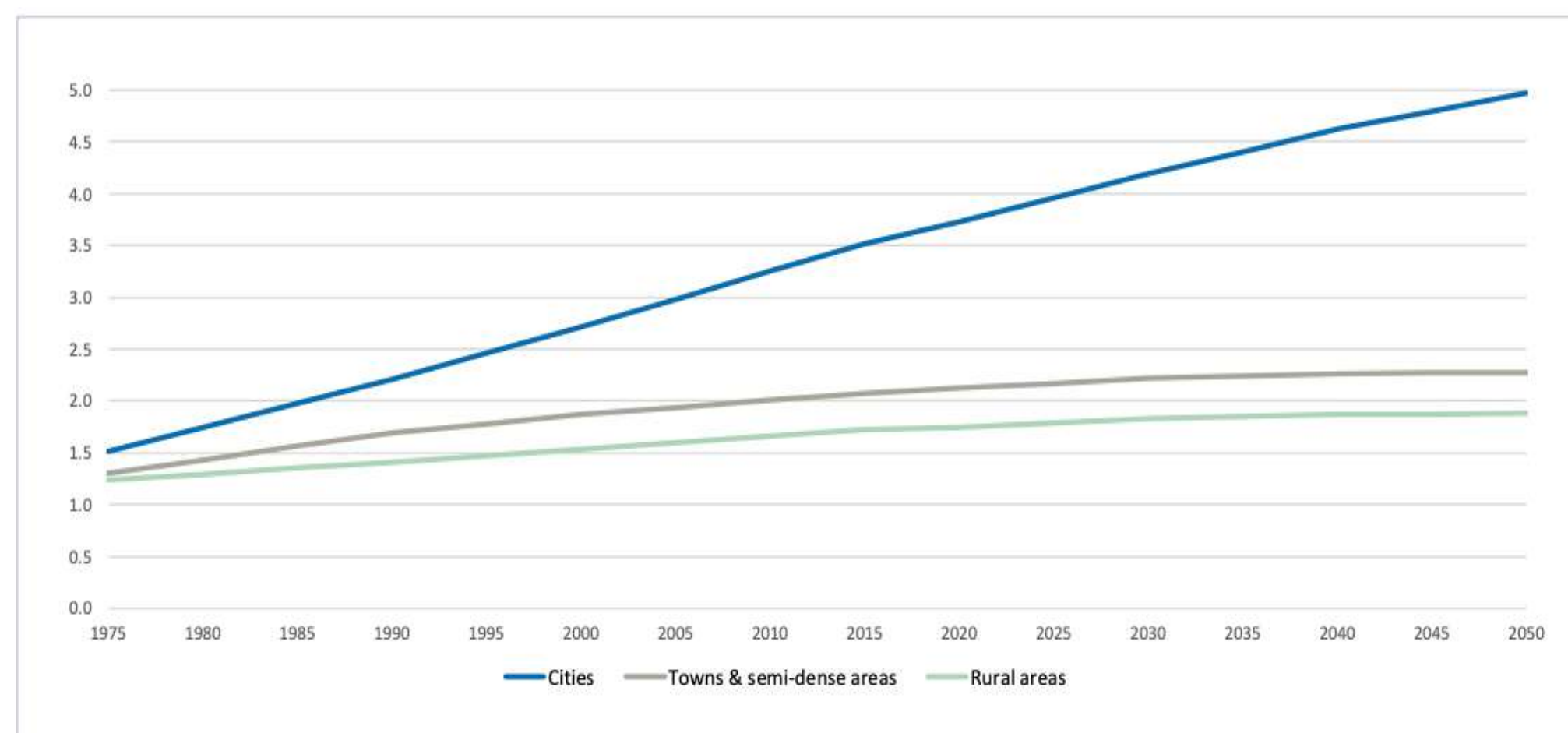
- *“Quando o SNS foi criado, em 1979, a esperança de vida à nascença era de 71 anos em Portugal. Hoje é de 80,7 anos”.*
- *“Em 1979, Portugal tinha 662 230 habitantes com mais de 70 anos. Hoje temos mais de 1,7 milhões acima dos 70 anos, muitos com múltiplas doenças crónicas”.*
- *“Redução jovens e aumento idosos - 182 idosos por 100 jovens em 2021 (+ 54 numa década)”.*

Desafios do Sistema de Saúde | Evolução da população urbana

Até 2050, prevê-se um aumento de 40% na população residente nas zonas urbanas.

20% dos alunos nas escolas públicas são filhos de estrangeiros.

População por local de habitação, 1975-2050

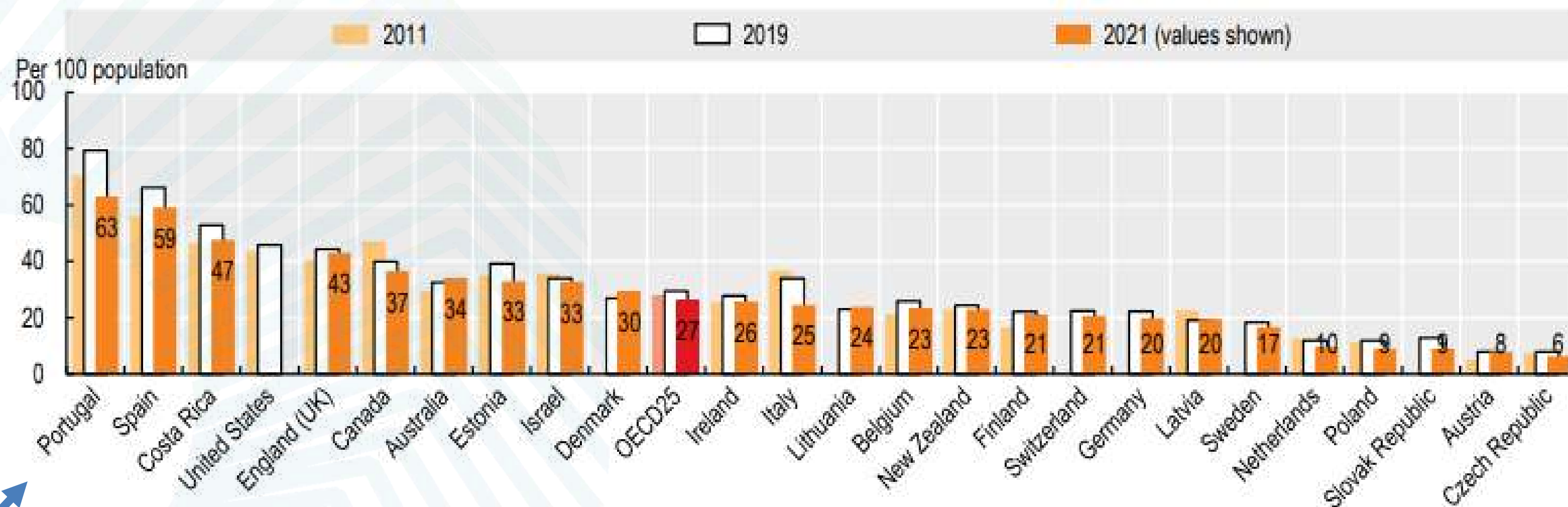


Fonte: INE, 2022

Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa

Desafios do Sistema de Saúde | Doença aguda

Número de visitas aos serviços de urgência por cada 100 habitantes



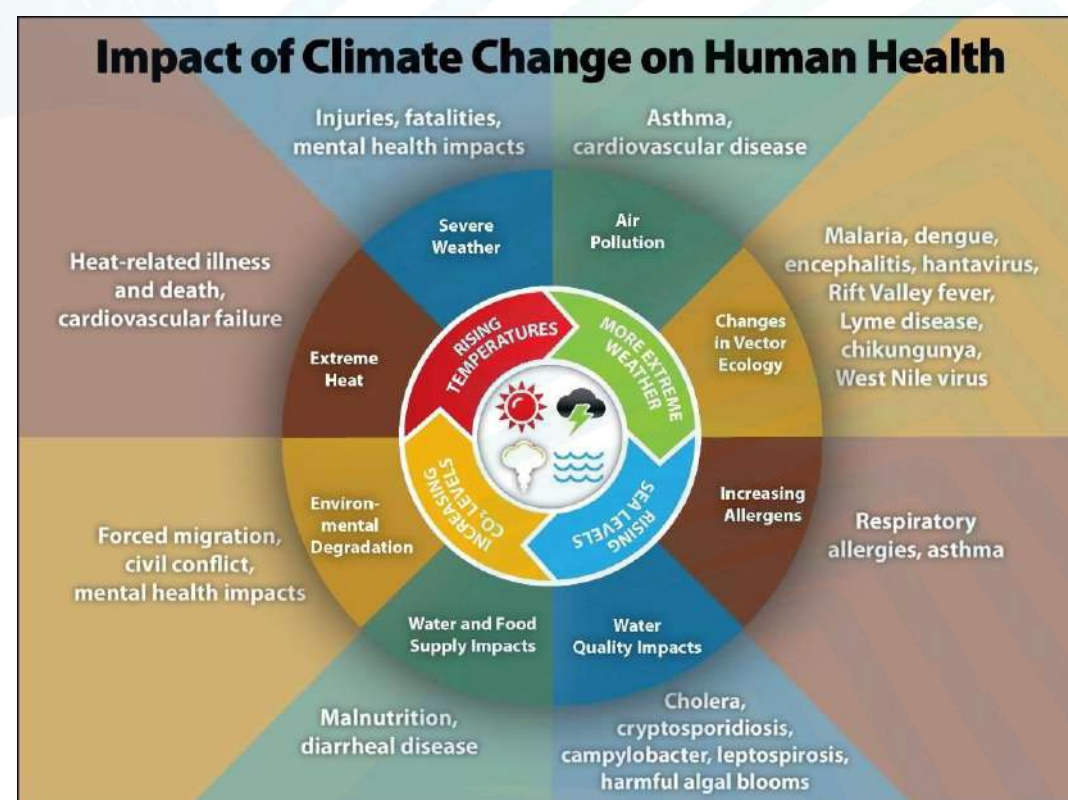
Desafios do Sistema de Saúde | Saúde e ambiente

Cuidados de Saúde

= 5.8% as emissões de CO2 em Portugal



Portugal develops roadmap to achieve zero emissions healthcare | Health Care Without Harm (noharm-europe.org)



Source: Here's how healthcare can reduce its carbon footprint | World Economic Forum (weforum.org)

“Todos os anos, os fatores ambientais tiram a vida a cerca de 13 milhões de pessoas.

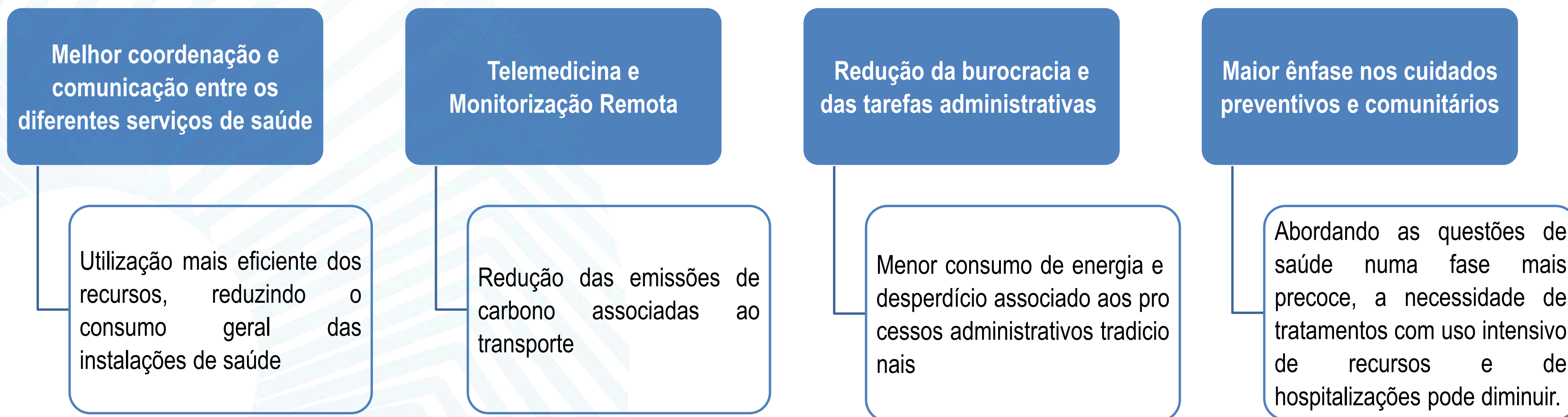
Mais de 90% das pessoas respiram níveis insalubres de poluição atmosférica, em grande parte resultantes da queima de combustíveis fósseis que estão na origem das alterações climáticas.

Estima-se que os custos diretos dos danos para a saúde se situem entre 2 e 4 mil milhões de dólares por ano até 2030”

Stein, K. V. (2022). Integrated Care in the Context of a Changing Environment—does it Matter?. *International Journal of Integrated Care*, 22(4).

Desafios do Sistema de Saúde | Saúde e ambiente

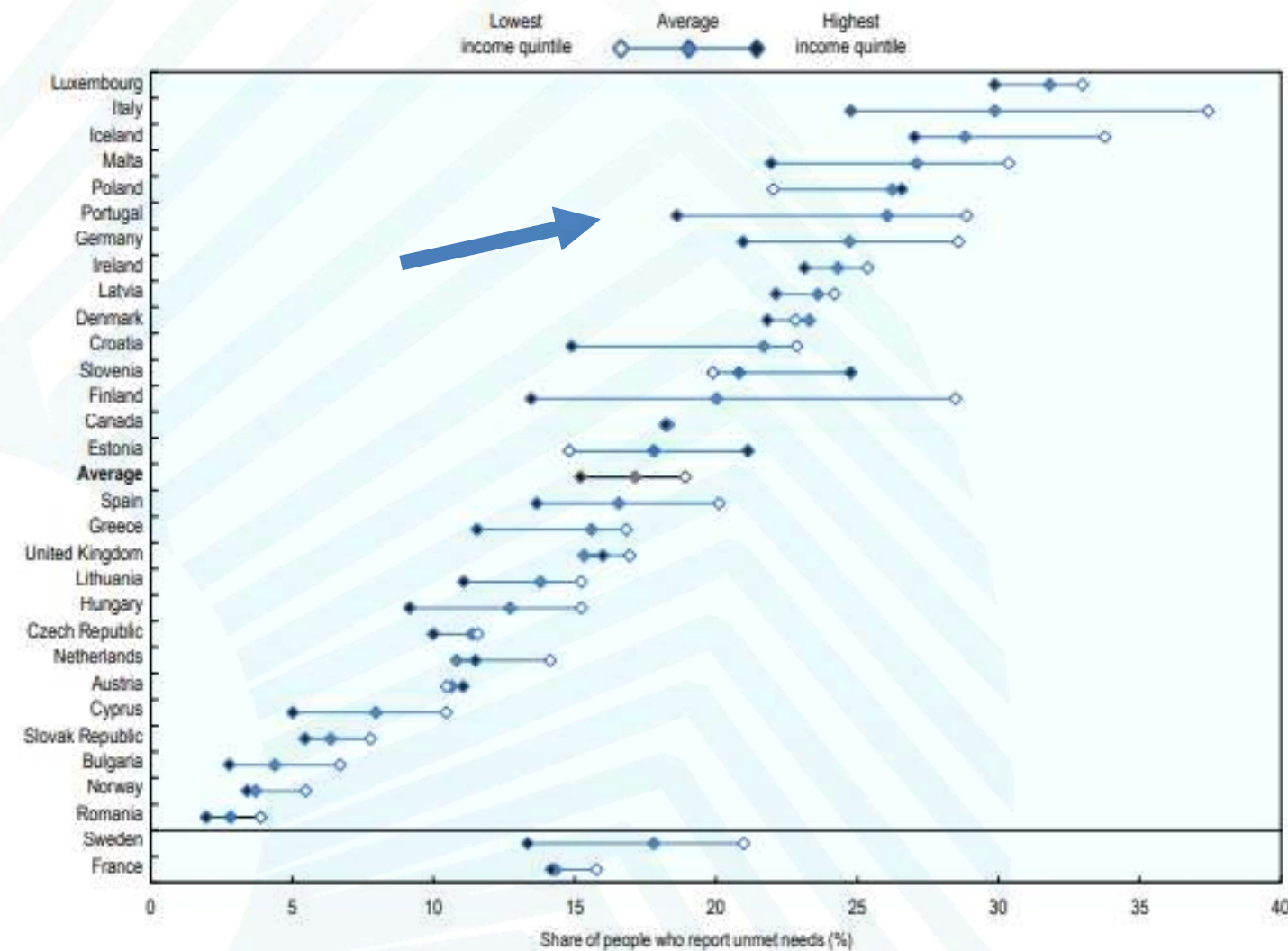
Como reduzir a Pegada de Carbono?



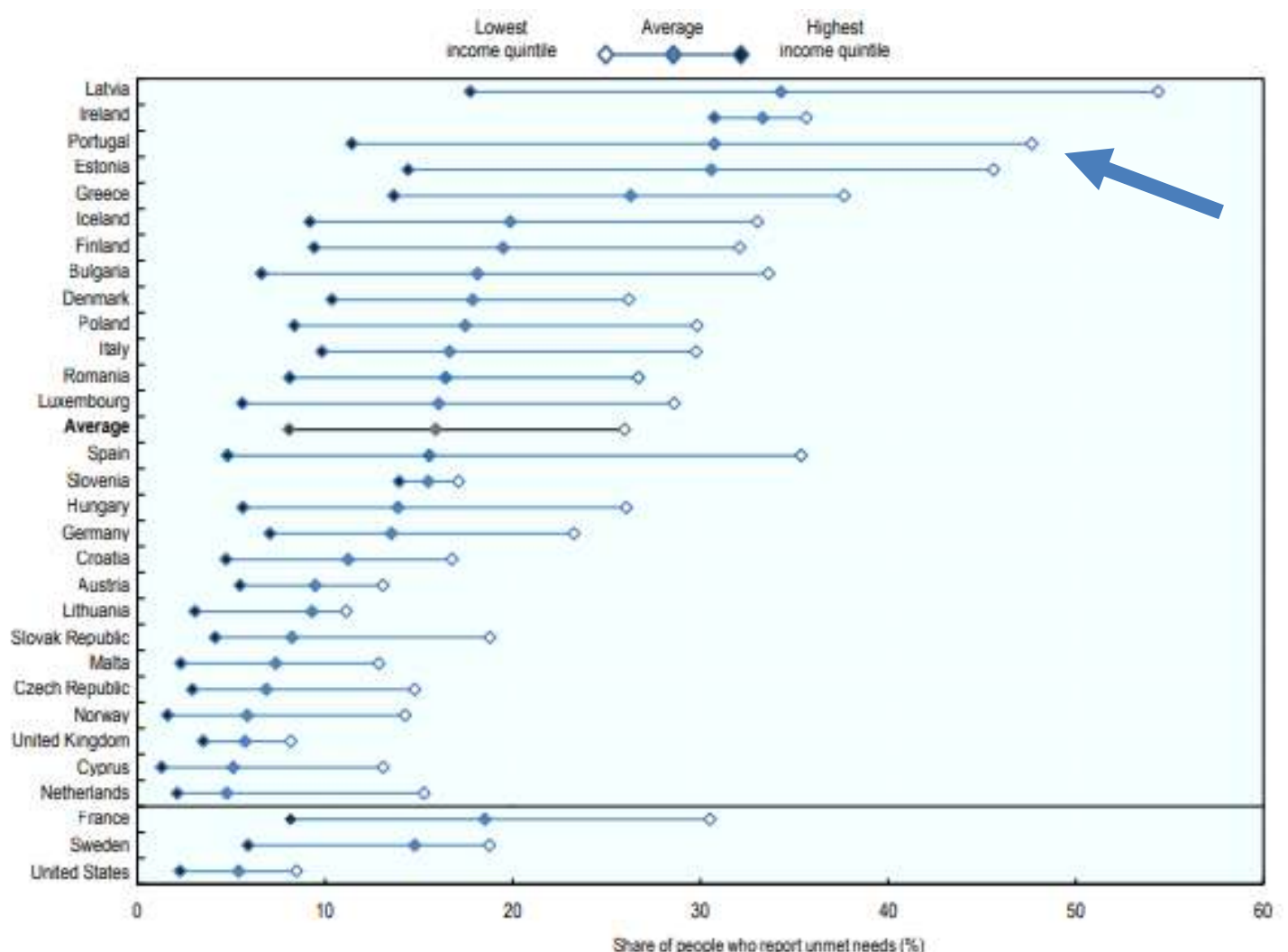
Avaliação Clínica - Avaliação Económica - Avaliação Ambiental

Desafios do Sistema de Saúde | Desigualdades

Unmet needs due to waiting times, by income quintile

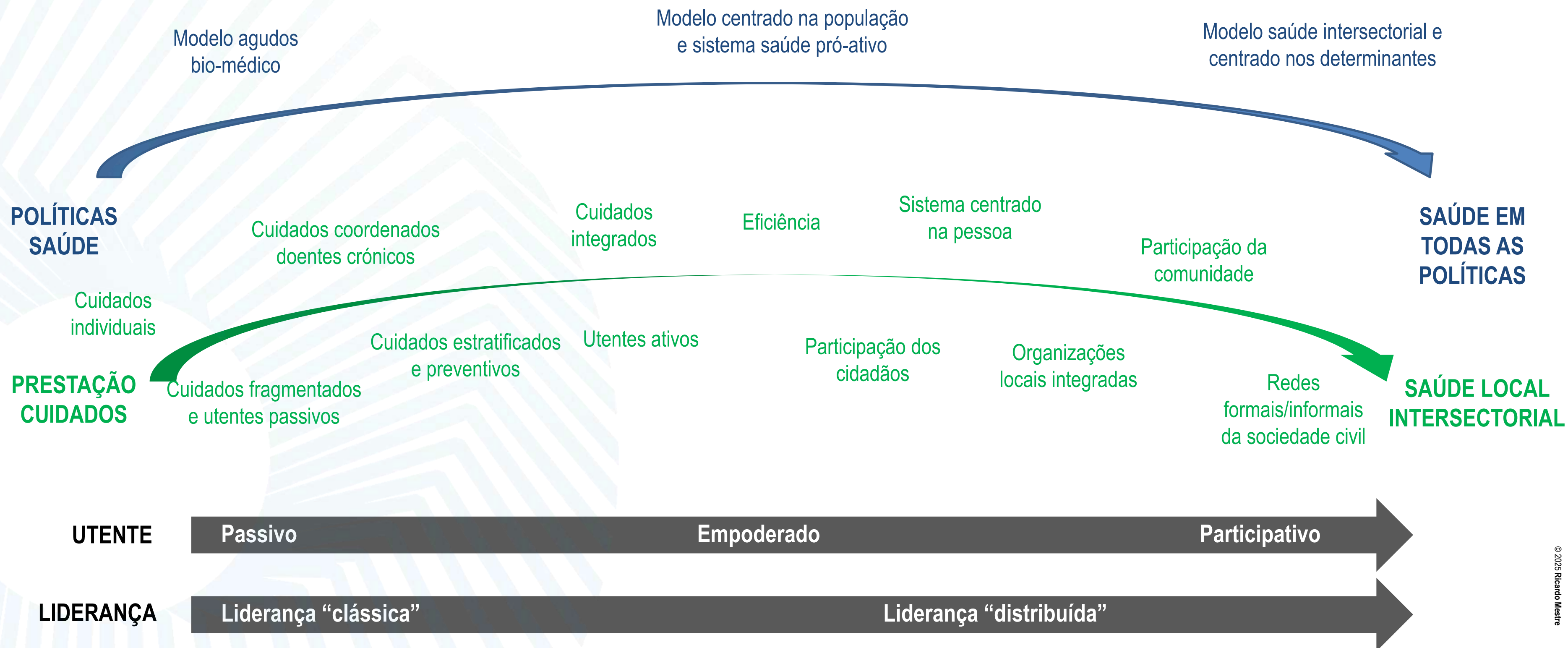


Proportion of the population forgoing care because of the cost, by income quintile



“Unmet needs for care are systematically concentrated among lower income groups”

Desafios do Sistema de Saúde | Mudança de paradigma



Desafios do Sistema de Saúde | Transformação digital



International Journal
of Integrated Care

Reading: How can Big Data Analytics Support People-Centred and Integrated Health Services: A Scoping Review

↓ Down

Research & theory

How can Big Data Analytics Support People-Centred and Integrated Health Services: A Scoping Review

Authors: Timo Schulte , Sabine Bohnet-Joschko

Alowais et al. *BMC Medical Education* (2023) 23:689
<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z>

BMC Medical Education

REVIEW

Open Access

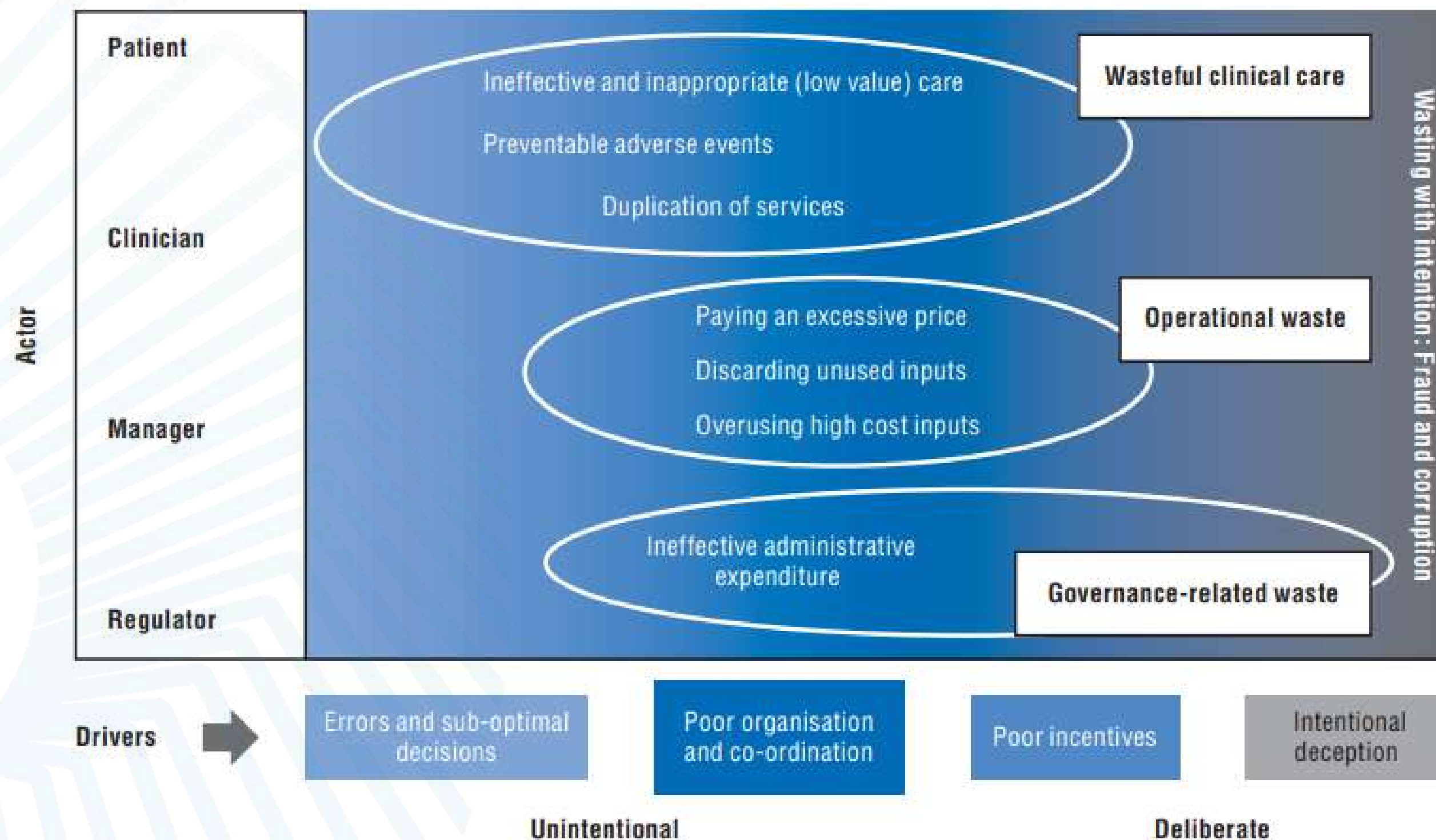


Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice

Shuroug A. Alowais^{1,2,3*}, Sahar S. Alghamdi^{2,3,4}, Nada Alsuhebany^{1,2,3}, Tariq Alqahtani^{2,3,4}, Abdulrahman I. Alshaya^{1,2,3}, Sumaya N. Almohareb^{1,2,3}, Atheer Aldairem^{1,2,3}, Mohammed Alrashed^{1,2,3}, Khalid Bin Saleh^{1,2,3}, Hisham A. Badreldin^{1,2,3}, Majed S. Al Yami^{1,2,3}, Shmeylan Al Harbi^{1,2,3} and Abdulkareem M. Albekairy^{1,2,3}

Desafios do Sistema de Saúde | Eficiência

Three categories of waste mapped to actors involved and drivers





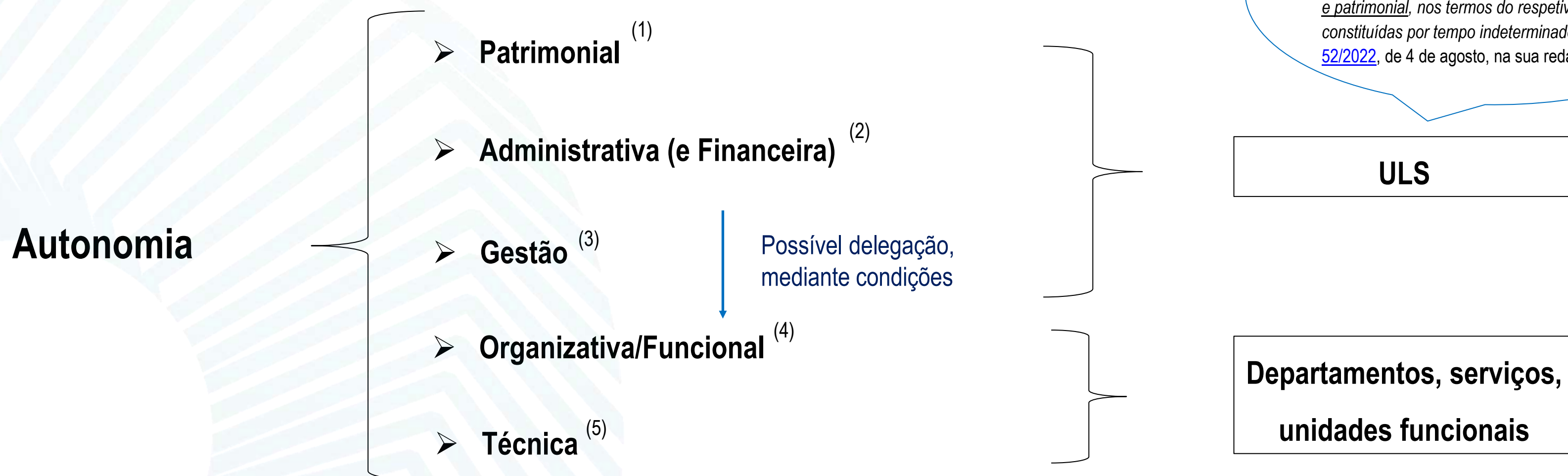
GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE

- i. Desafios dos sistemas de saúde
- ii. Reorganização do SNS
- iii. Instrumentos de planeamento no SNS

Reorganização do SNS | Alterações estruturais



Reorganização do SNS | Vários conceitos de autonomia



(1) Entidades que possuem património próprio, distinto e autónomo face ao património pessoal de todos os outros sujeitos de Direito (sócios, quotistas, acionistas, associados, fundadores).

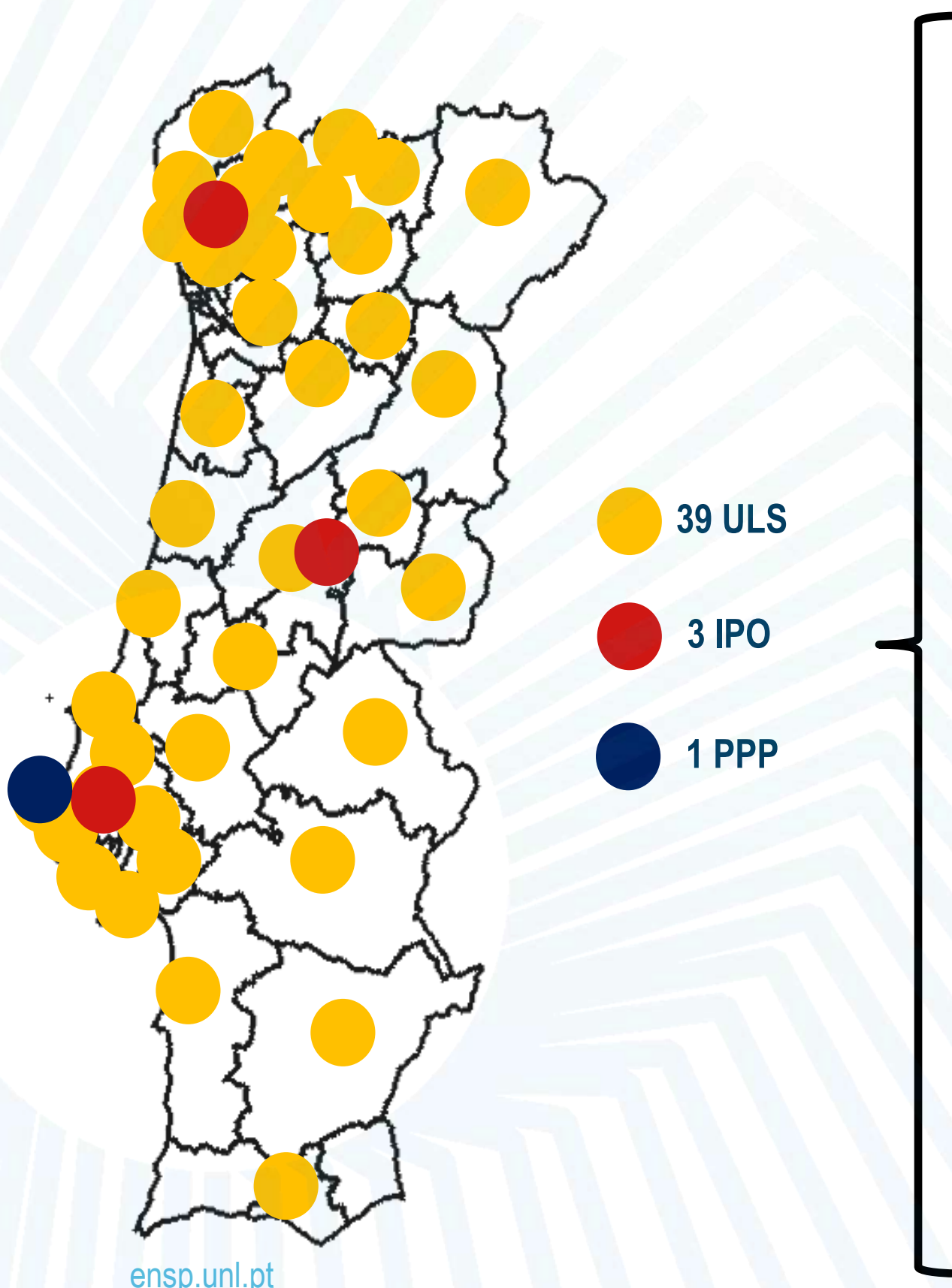
(2) Os serviços e organismos dispõem de créditos inscritos no Orçamento do Estado e os seus dirigentes são competentes para, com carácter definitivo e executório, praticarem atos necessários à autorização de despesas e seu pagamento, no âmbito da gestão corrente ([Decreto-Lei n.º 155/92](#), de 28 de Julho, na sua redação atual, que estabelece o regime da administração financeira do Estado).

(3) Os titulares dos órgãos de administração das empresas públicas gozam de autonomia na definição dos métodos, modelos e práticas de gestão aplicáveis ao desenvolvimento da respetiva atividade ([Decreto-Lei n.º 133/2013](#), de 3 de outubro, na sua redação atual, que aprova o regime jurídico do sector público empresarial).

(4) Aplicável a unidades que integram uma lógica de trabalho em rede com outras unidades funcionais da ULS, visando o cumprimento do plano de ação ([Decreto-Lei n.º 103/2023](#), na sua redação atual).

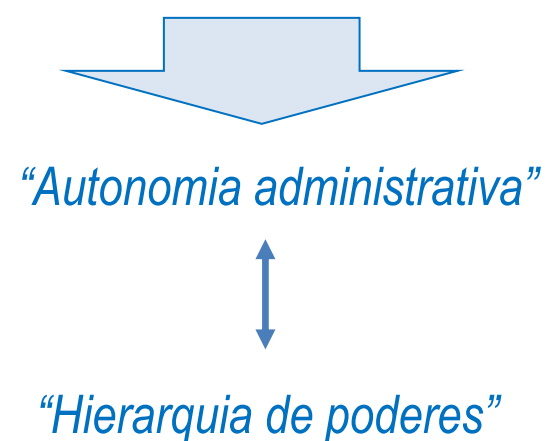
(5) A sujeição à autoridade e direção do empregador não prejudica a autonomia técnica do trabalhador inerente à atividade prestada, nos termos das regras legais ou deontológicas aplicáveis (Art.º 116 da [Lei n.º 7/2009](#), de 12 de fevereiro, na sua redação atual, que aprova o Código do Trabalho).

Reorganização do SNS | Modelos de organização e de prestação



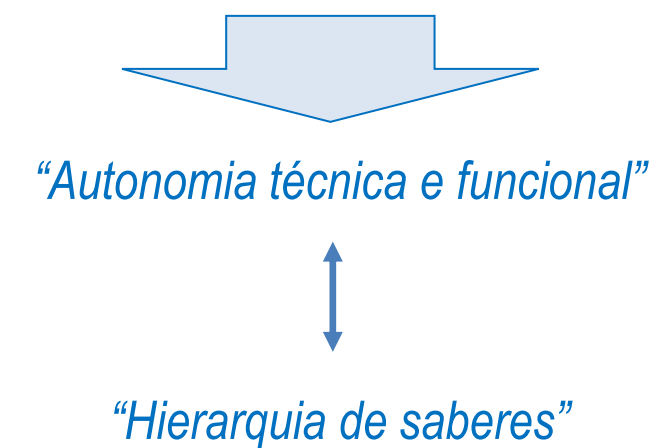
Modelos organização interna ⁽¹⁾

- Departamentos
- Serviços
- Unidades Funcionais
 - CRI
 - USF
 - UCC
 - USP
 - Outras
- Outros



Modelos prestação cuidados

- Centros referência (transplantes, ...)
- Centros tratamento (obesidade, ...)
- Internamento
- Ambulatório
- Hospital de dia
- Domicílio
- Comunidade
- Telessaúde
- Outros



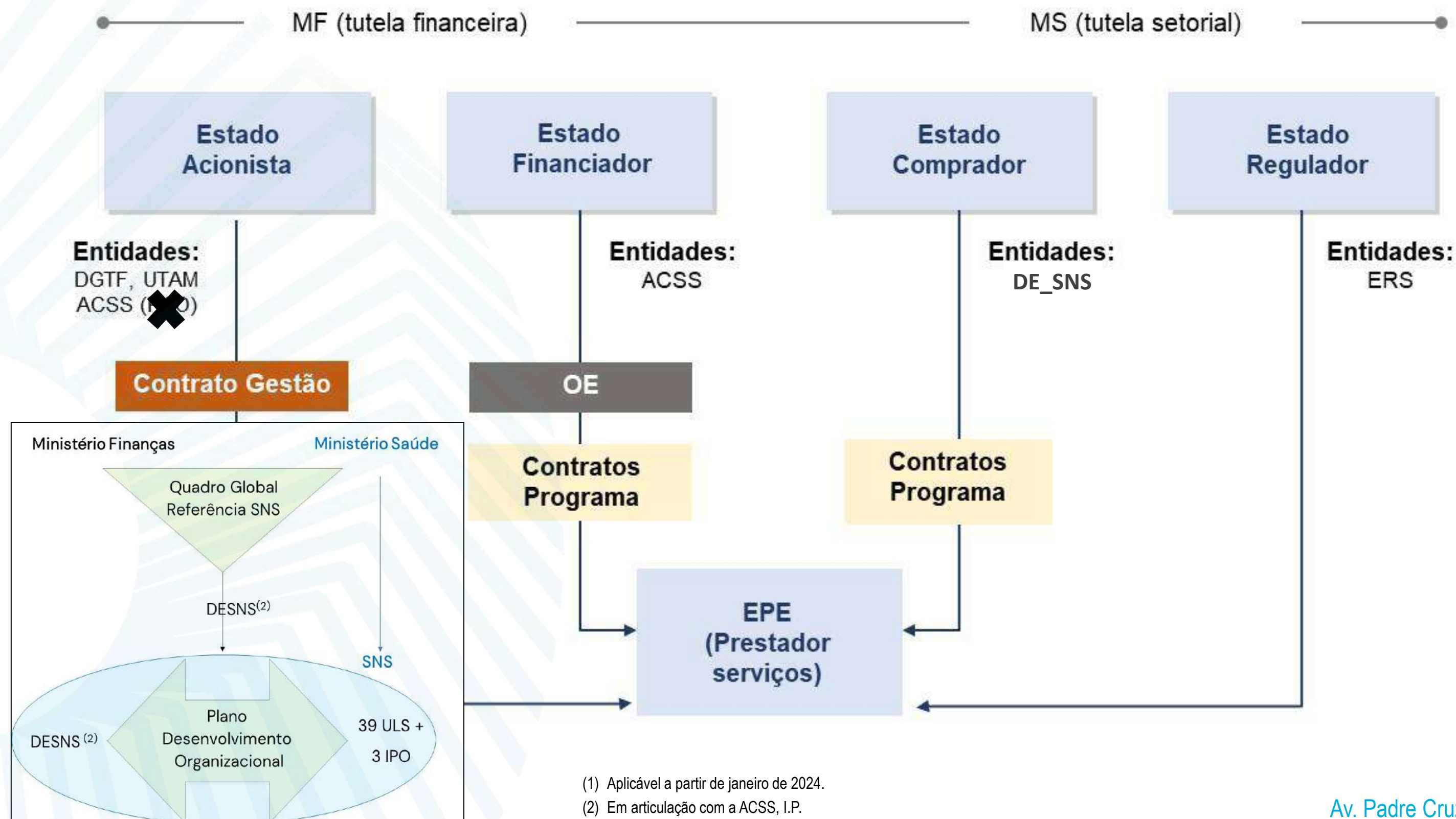
(1) [Decreto-Lei n.º 52/2022](#), de 4 de agosto, na sua redação atual).



GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE

- i. Desafios dos sistemas de saúde
- ii. Reorganização do SNS
- iii. Instrumentos de planeamento no SNS

Reorganização do SNS | Novo modelo de gestão das ULS ⁽¹⁾

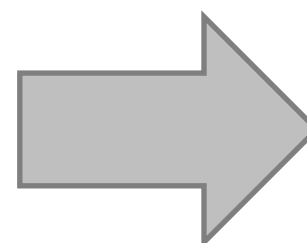


Reorganização do SNS | Novos instrumentos de gestão ⁽¹⁾

Quadro Global Referência SNS

Posição consolidada das unidades do SNS:

- Orçamentais.
- **Demonstrações financeiras previsionais.**
- **Recursos humanos.**
- **Investimento anual e plurianual.**
- Integração de cuidados.
- Desempenho (produção, acesso, qualidade e eficiência).



Plano de desenvolvimento organizacional

Elaborado por cada unidade do SNS:

- Orientações estratégicas e operacionais.
- Principais carteiras de serviços.
- **Mapa de pessoal.**
- **Plano de investimento anual e plurianual.**
- Quadro de atividade assistencial e níveis de resposta.
- **Demonstrações financeiras previsionais.**
- Desempenho económico-financeiro.
- Ganhos estimados e contributos para a sustentabilidade.

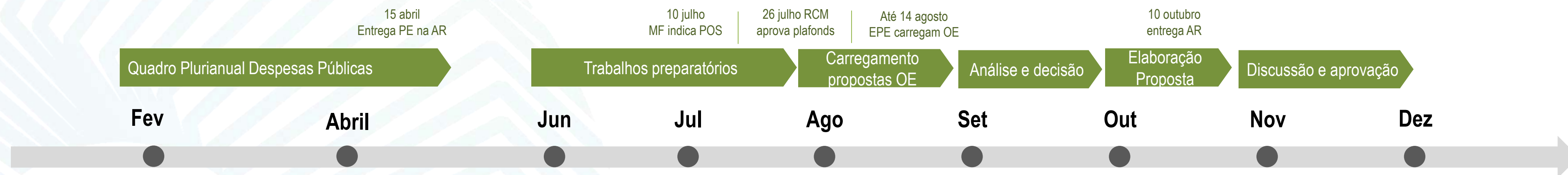
(1) Aplicáveis a partir de janeiro de 2024.

Reorganização do SNS | Planeamento estratégico e orçamental

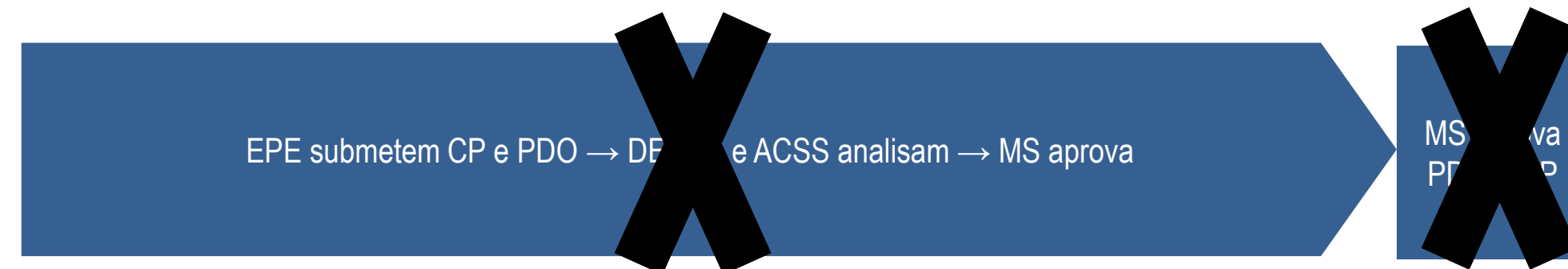
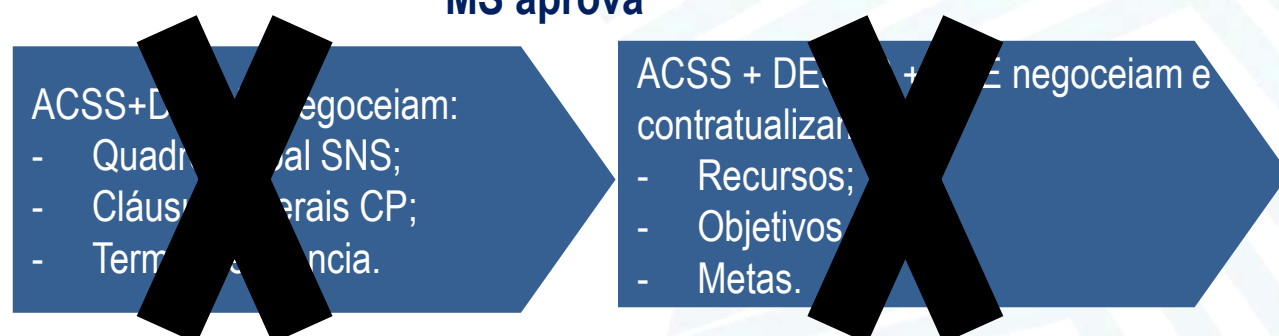
Processo elaboração Orçamento Estado

Despacho n.º 12745/2022, 3 novembro

Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro



MS aprova



15 julho Instruções MS:

- Financiamento
- Termos Referência

Planeamento interno na ULS / Serviços Internos

MS, ACSS, DESNS preparam e aprovam Termos Referência e cláusulas CP

EPE PDO

ACSS, DESNS e EPE negociam e assinam PDO e CP

MS Aprova PDO e CP

Reorganização do SNS | Técnicas e ferramentas de planeamento estratégico

- **SWOT Analysis** → analisar fatores internos (pontos fortes e fracos) e externos (oportunidades e ameaças).
- **Gap Analysis** → determinar a forma de ultrapassar o gap entre onde se está e onde se quer chegar. Implica avaliar e identificar: Visão; Estado atual; Lacuna; Melhoria.
- **Planeamento baseado em itens** → identificar desafios e criar planos de ação para lidar com eles (começa pelos problemas, i.e., pelo posicionamento no presente).
- **Análise PEST (LE)** → entender fatores externos que podem impactar a estratégia (visão holística do ambiente): políticos, económicos, sociais e tecnológicos. Análise PESTLE acrescenta: legais e ambientais.
- **Balanced scorecard** → ligar os objetivos da organização às tarefas diárias da equipa. Tem de se identificar: objetivos; medidas: iniciativas; itens de ação (ações a realizar). Dividir a prestação em quatro áreas-chave: desempenho financeiro, cuidados aos utentes, processos internos e aprendizagem e crescimento.
- **5 forças de Porter** → entender vantagens e desvantagens dos concorrentes existentes ou futuros (secção de análise competitiva). Avalia 5 forças-chave: ameaça de novos operadores; poder negocial dos fornecedores; poder negocial dos compradores; ameaça de produtos ou serviços substitutos; intensidade da rivalidade competitiva.
- **Quadro 7S de McKinsey** → identificar o alinhamento estratégico entre departamentos e processos, analisando 7 componentes: estrutura, estratégia, sistemas, competências, estilo, pessoal e valores partilhados.
- **Objectives and Key Results** → orientar na definição e acompanhamento de objetivos e resultados-chave (quantitativos e mensuráveis). Devem ser 3 a 5 de cada vez. Permite monitorizar o progresso.
- (...)

Reorganização do SNS | Exemplos de modelos de planeamento estratégico

CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO

(PREENCHER COM A DESIGNAÇÃO)

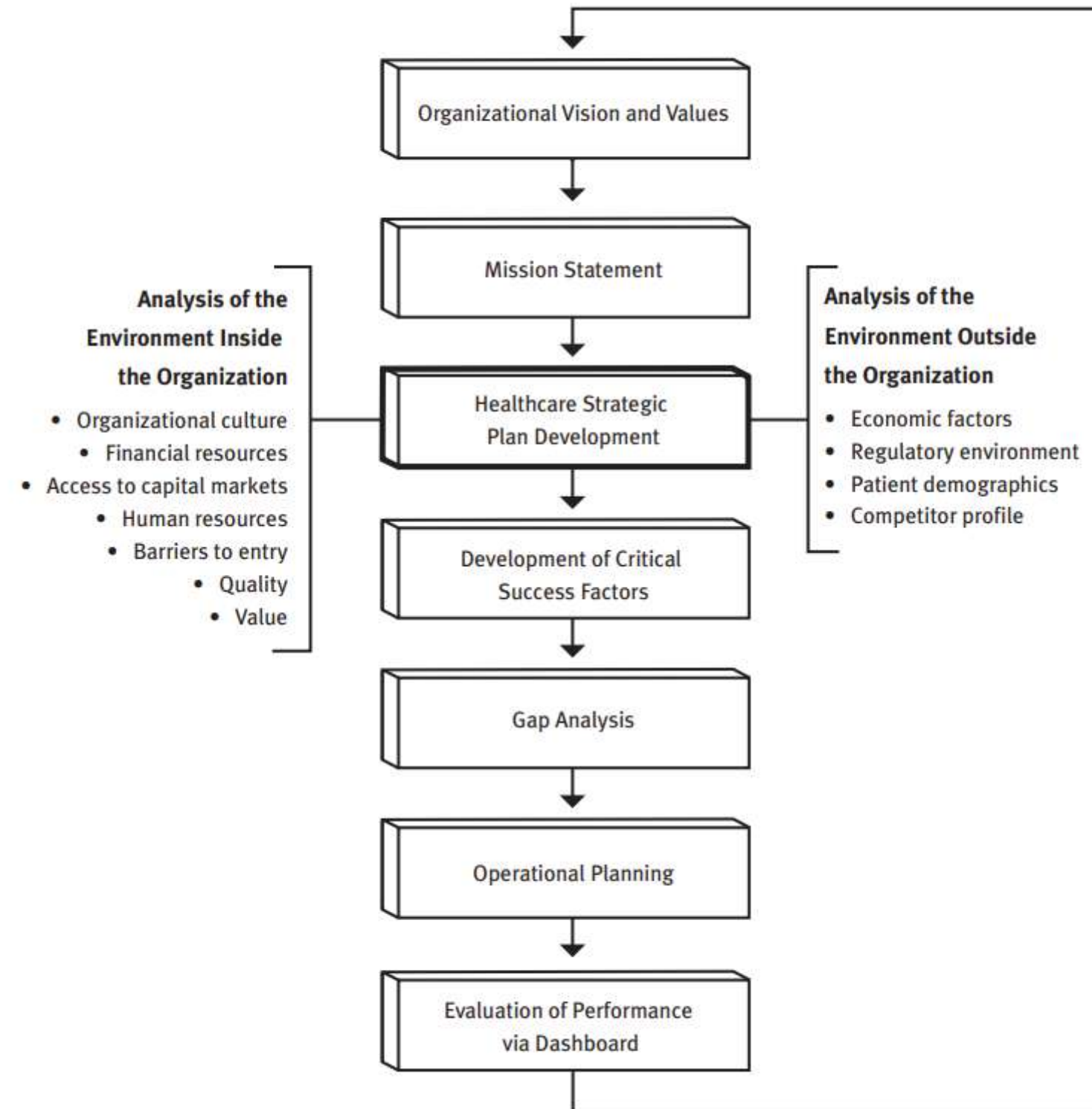
HOSPITAL/CENTRO HOSPITALAR (PREENCHER COM A DESIGNAÇÃO), EPE

PLANO DE AÇÃO

- 0. Sumário Executivo
- 1. Enquadramento
- 2. Perfil Assistencial
- 3. Posicionamento Estratégico
 - 3.1. Missão, Visão e Valores
 - 3.2. Análise SWOT
 - 3.3. Objetivos Estratégicos e operacionais
- 4. Projeções da Atividade e Meios que a suportam
- 5. Manual de articulação
- 6. Gestão da Qualidade e Melhoria Contínua
- 7. Disposições Finais

Reorganização do SNS | Exemplos de modelos de planeamento estratégico

Healthcare Strategic-Planning Model



Reorganização do SNS | Exemplos de modelos de planeamento estratégico

Outros modelos

1. **Definição visão e missão** → objetivo e direção da organização.
2. **Realização de análises** → compreender fatores internos e externos.
3. **Definição de objetivos** → a longo e a curto prazo.
4. **Desenvolvimento estratégias** → planos de ação para atingir objetivos.
5. **Atribuição de recursos** → recursos necessários disponíveis e alocados.
6. **Implementação de planos** → Executar estratégias e planos.
7. **Monitorização e avaliação** → Acompanhar progresso e fazer ajustes.

1. **Missão, Visão e Valores** → caminho para horizonte temporal abrangido.
2. **Análise SWOT** → compreender fatores internos e externos.
3. **Pilares estratégicos de intervenção** → definir os eixos da estratégia.
4. **Objetivos e metas** → o que se pretende alcançar.
5. **Iniciativas a concretizar** → o que se vai implementar ao longo do tempo.
6. **Plano de ação** → Identificar as medidas e as métricas de monitorização.

Obrigado Pela Atenção!

Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Cláudia Nelas Almeida
ctn.almeida@ensp.unl.pt



O que é integração de cuidados?

Lei de Bases da Saúde Lei n.º 48/90

*“Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e **articulam-se entre si** e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social”*

Decreto-lei n.º 11/93

“A incessante preocupação de propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade aconselha alterações estruturais de vulto na sua orgânica, a fim de a compatibilizar com os princípios consagrados no capítulo II da referida lei.

*A tradicional **dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados** revelou-se não só incorrecta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo.”*

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - DEFINIÇÕES

Integração > Integração de cuidados > Integração de cuidados de saúde



A integração é um processo que envolve a criação e a manutenção, ao longo do tempo, de uma estrutura comum entre parceiros (e organizações) independentes, com o objetivo de coordenar a sua interdependência para lhes permitir funcionar em conjunto no âmbito de um projeto coletivo.

A integração é um conjunto coerente de métodos e modelos a nível clínico, financeiro, administrativo, organizacional e de prestação de serviços, concebido para criar um alinhamento e uma colaboração dentro e entre os prestadores de cuidados de saúde. O objetivo é aumentar a qualidade dos cuidados, a qualidade de vida, a satisfação e a eficiência do sistema

Só podemos falar de integração de cuidados quando o esforço de promoção da integração se traduz em benefícios para os doentes.

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - DEFINIÇÕES

DEFINIÇÃO DA OMS:

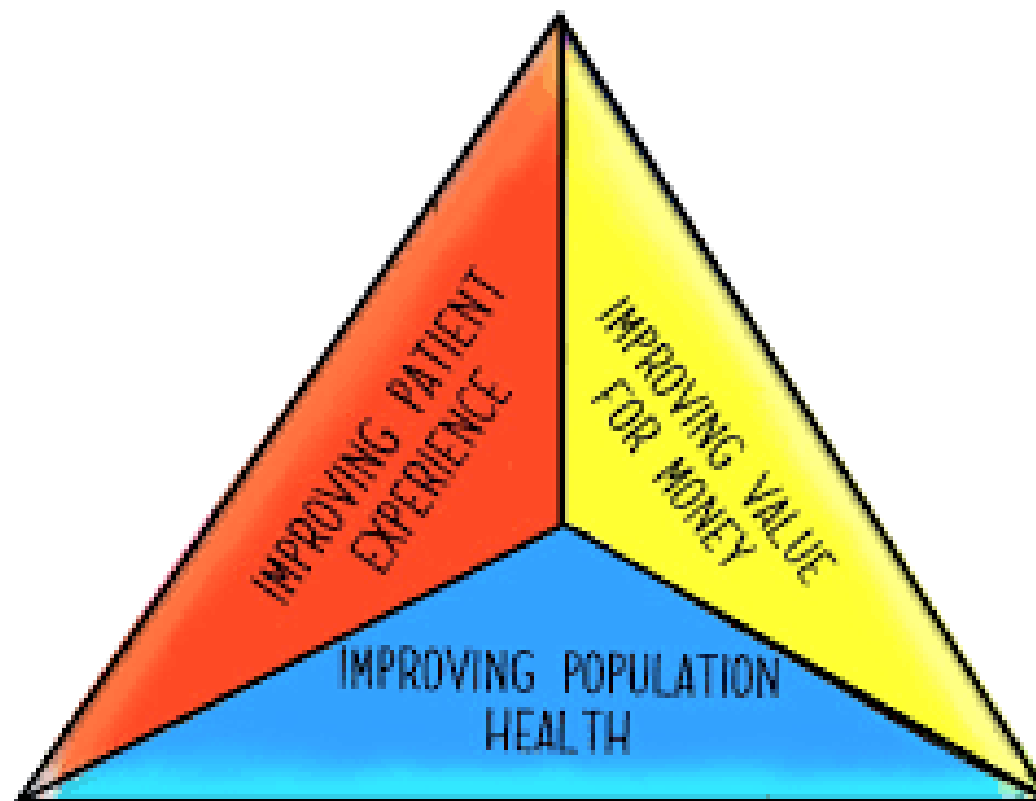
“An overall working definition of integrated service delivery is “The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system.””

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - DEFINIÇÕES

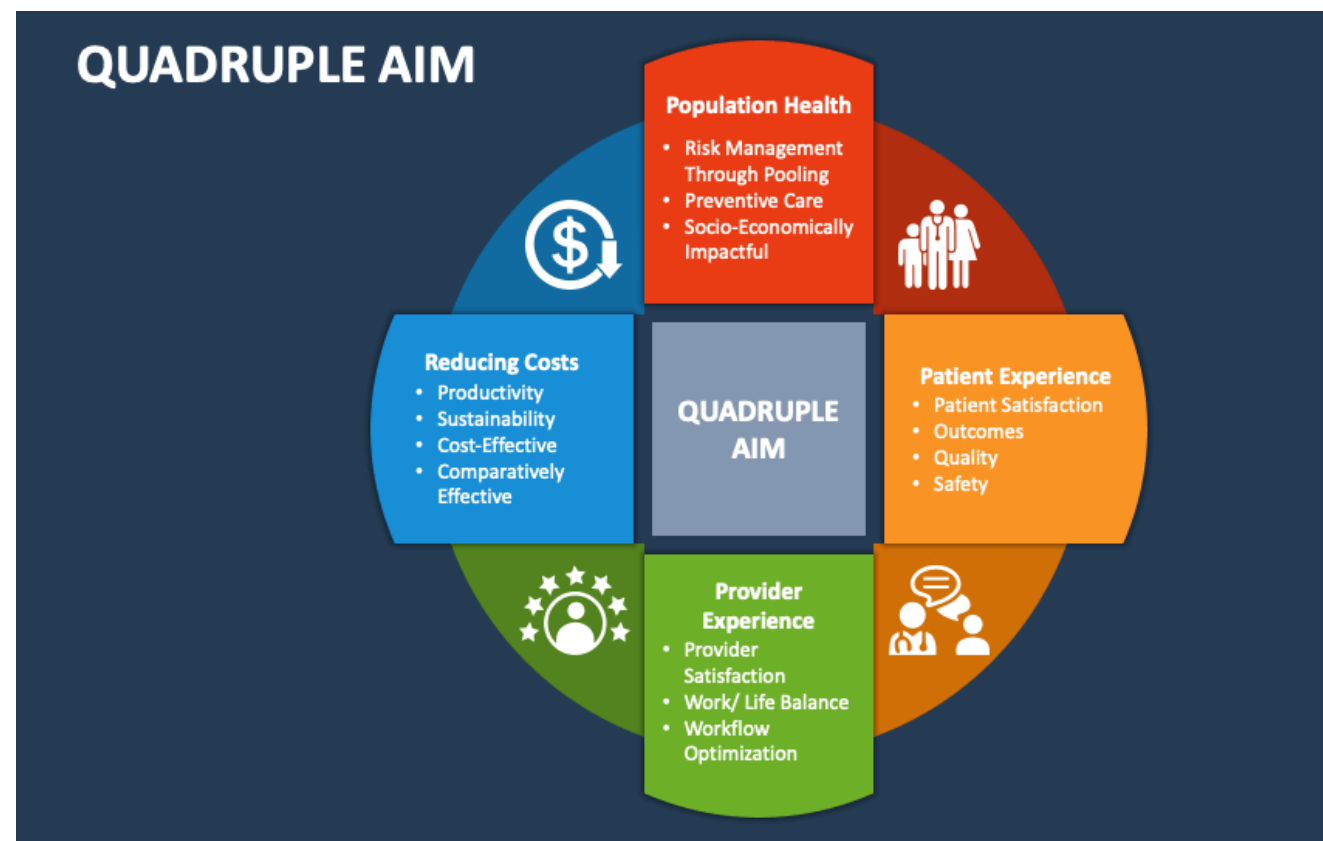
“Without integration at various levels [of health systems], all aspects of health care performance can suffer. Patients get lost, needed services fail to be delivered, or are delayed, quality and patient satisfaction decline, and the potential for cost-effectiveness diminishes.”



O TRIPLE AIM



O QUADRUPLE AIM



Antigo Paradigma	Novo Paradigma
• Especialização do trabalho • Outputs por nível de cuidados • Atos médicos sem continuidade	• Especialização em contexto de multidisciplinariedade do conhecimento • Cadeia de Valor • Interdependência de atos
• Trabalho individual • Incentivos financeiros distintos	• Integração em equipas multidisciplinares • Programa de incentivos uniformes
• Baseado em departamentos e serviços • Determinado pelas preferências dos produtores	• Programas de doença • Organização Matricial • Determinado pelas necessidades dos consumidores
• Ênfase nos cuidados agudos • Tratamento de doenças • Responsabilidade pelos indivíduos	• Ênfase no continuum de cuidados • Manutenção do bem-estar • Responsabilidade por uma população
• Enfoque nas organizações • Enfoque nos recursos estruturais, produtividade (taxa de ocupação) e eficiência interna (DM)	• Enfoque nas interligações, na coordenação dos elementos e na rede de prestação para a adequar às necessidades

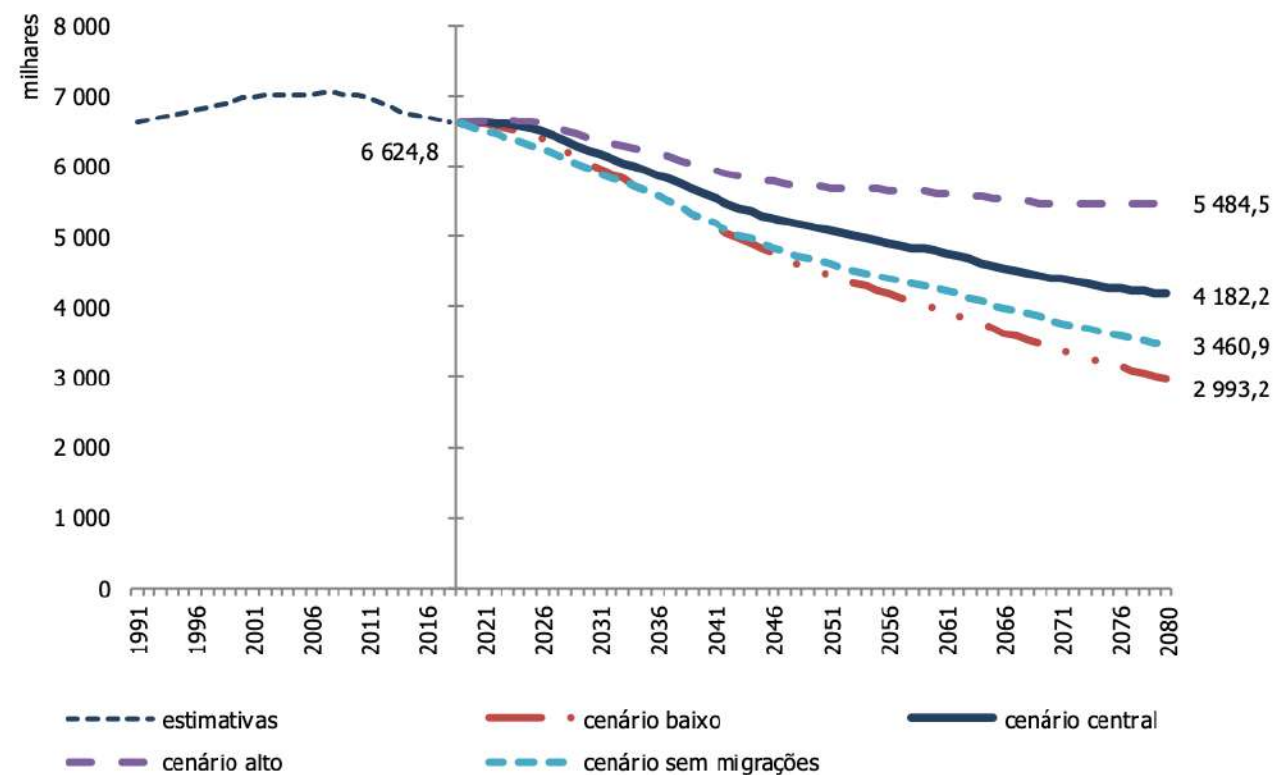
Racional da integração de cuidados: porque é que é necessária?

Porque é que precisamos de integrar cuidados?



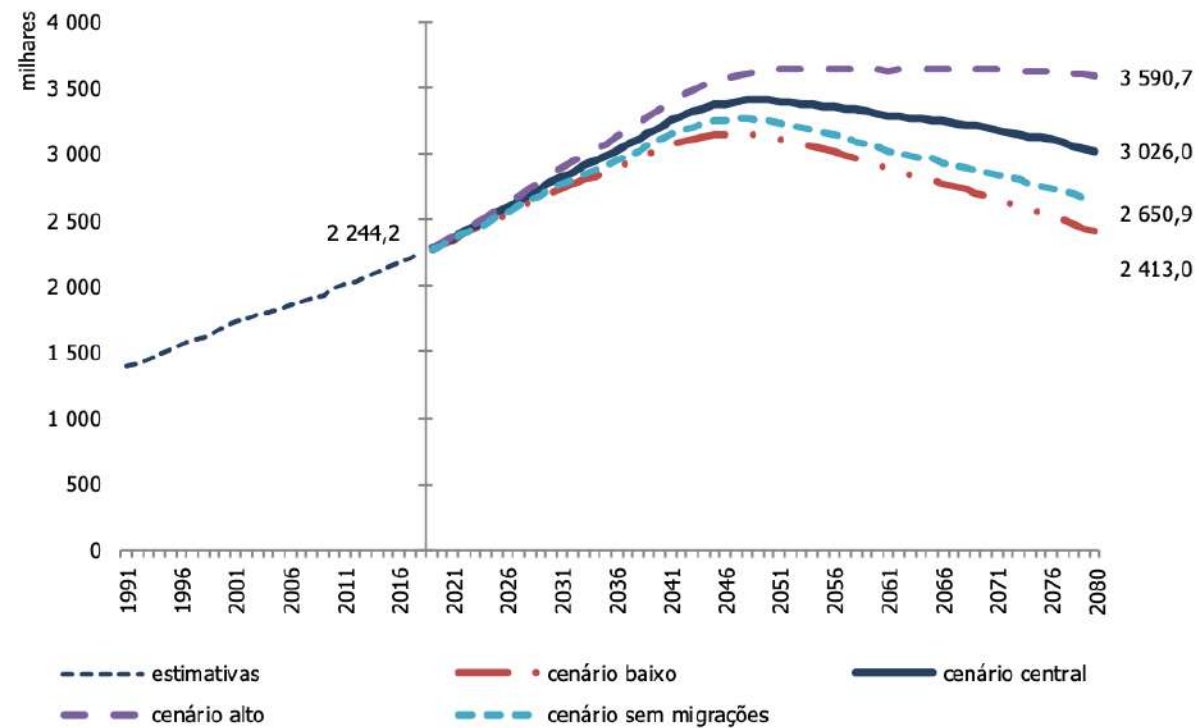
I. Enquadramento e Contexto

Porquê integrar?



População residente em Portugal com idade compreendida entre os 15-64 anos, 1991-2080 (estimativa)

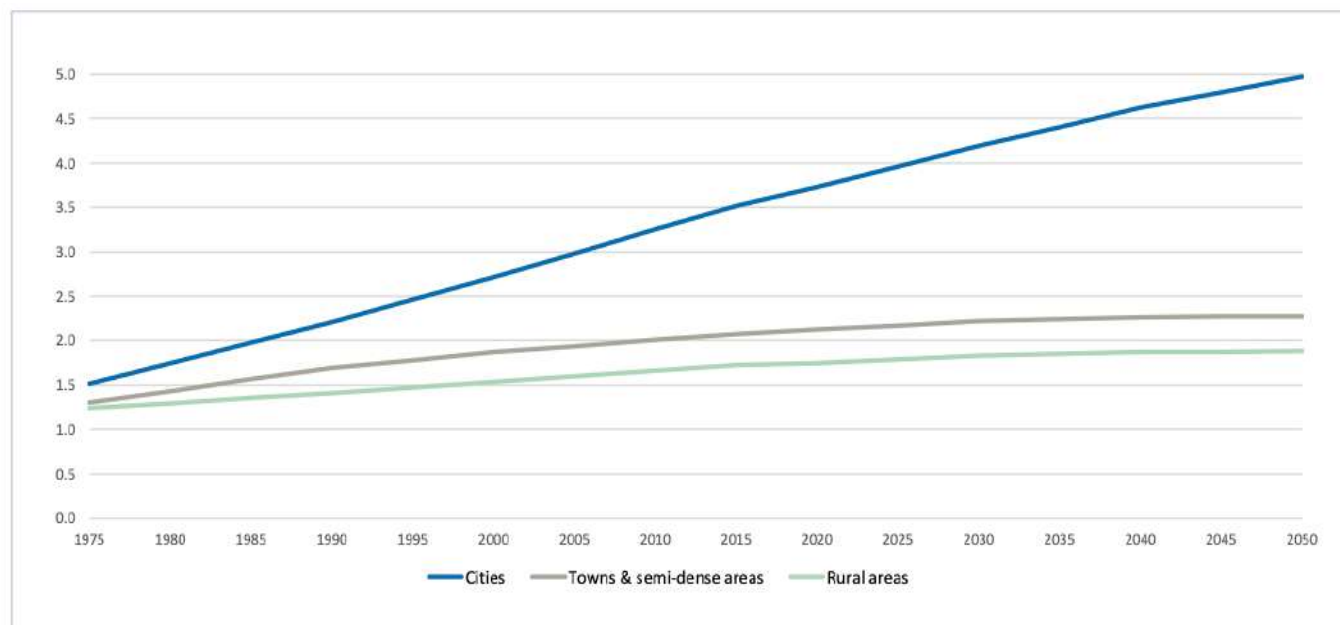
Porquê integrar?



**População residente em Portugal com mais de 65 anos, 1991-2080
(estimativa)**

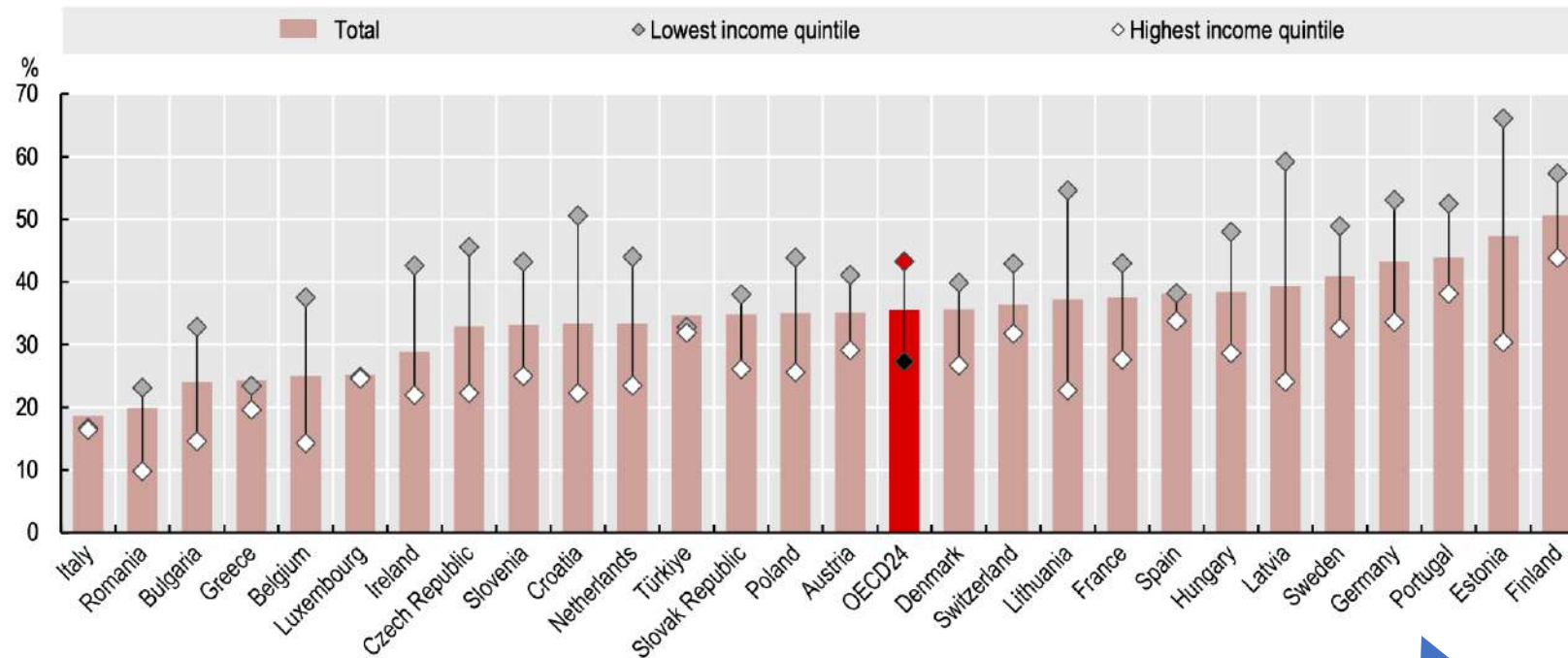
Porquê integrar?

*“Até 2050, prevê-se uma
aumento de 40% nas
população residentes nas
zonas urbanas”*

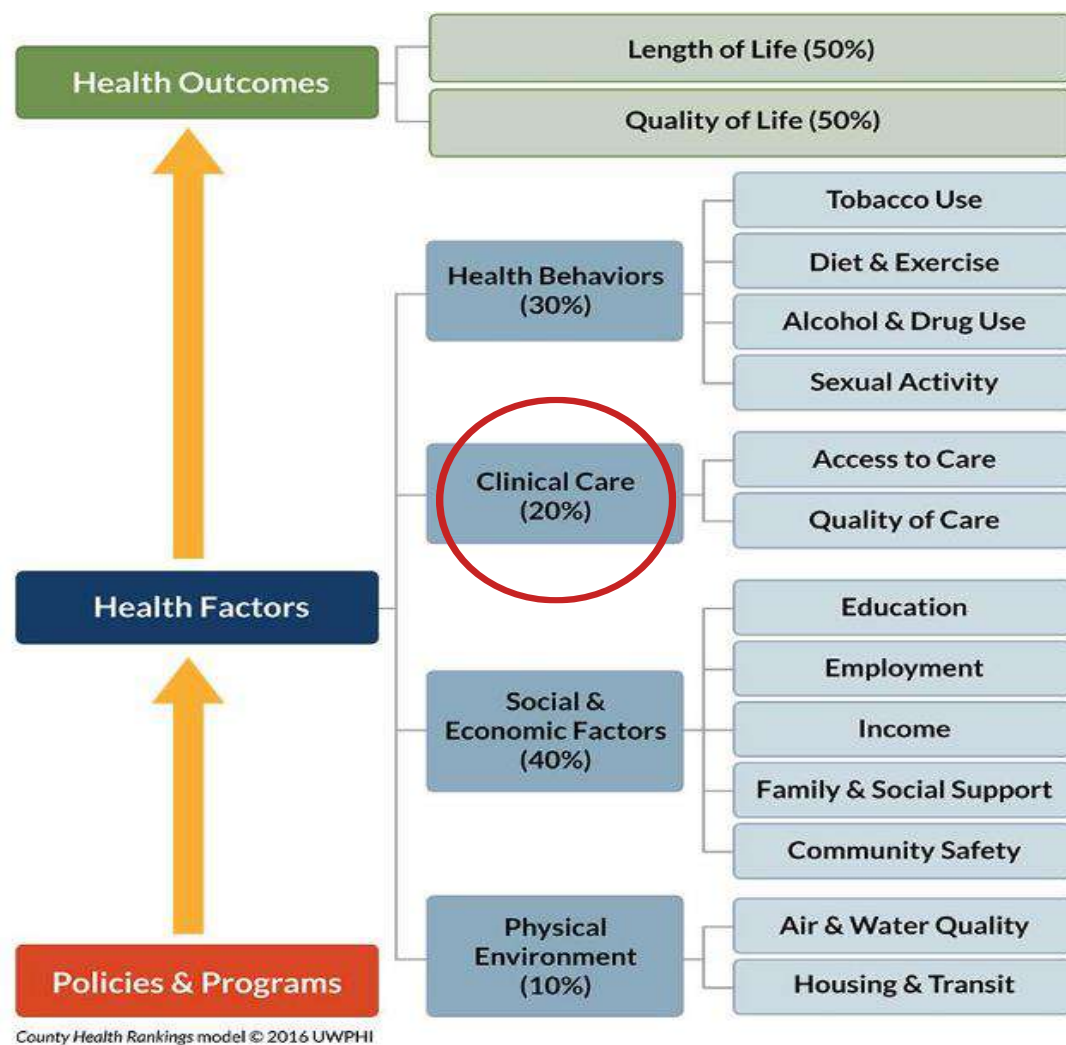


População por local de habitação, 1975-2050

Porquê integrar?



**Percentagem de população que reporta doença crónica
ou problema de saúde, 2021**



Falta de integração dos cuidados de saúde:

- Produção redundante de cuidados (repetição de exames, consultas, contactos, deslocações, perda de produtividade)
- Desarticulação do acesso entre os diferentes prestadores de cuidados (primários, hospitalares, prestadores de cuidados de saúde, intervenções sociais)
- Variabilidade na prestação de cuidados de saúde (com resultados clínicos e económicos)
- Incerteza sobre a decisão a tomar (desorientação)
- Possibilidade de coexistência de diferentes decisões clínicas e terapêuticas
- Circuitos não definidos (exemplo da desidratação em lares de idosos)

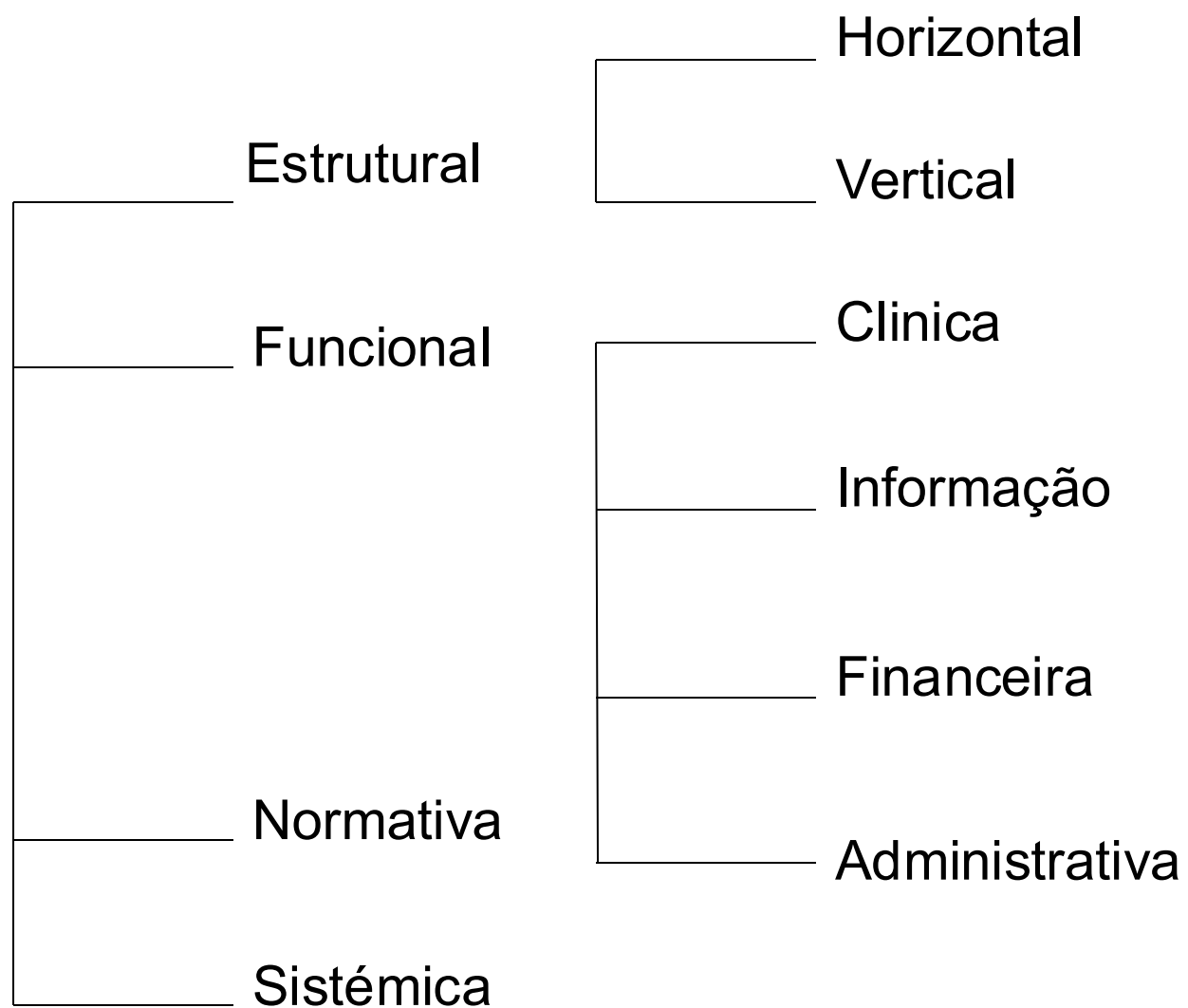
Vantagens da Integração	Publicações
Reduz o volume de casos não urgentes nas urgências hospitalares	Contel JC, Ledesma A, Blay C, Mestre AG, Cabezas C, Puigdollers M, Zara C, Amil P, Sarquella E, Constante C. Chronic and integrated care in Catalonia. International Journal of Integrated Care. 2015 Apr;15.
Reduz o número de internamentos relacionados com doenças mentais	Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. International journal of integrated care. 2018 Jan;18(1).
Diminui a taxa de abandono de cuidados de saúde mentais	Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. International journal of integrated care. 2018 Jan;18(1).
Melhora a qualidade de vida de doentes com <i>falha cardíaca</i>	MacInnes J, Williams L. A review of integrated heart failure care. Primary Health Care Research & Development. 2019;20:e57.
Reduz a demora média de internamento	Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC health services research. 2018 Dec;18(1):1-3.

Vantagens da Integração	Publicações
Reduz a taxa de readmissões	Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC health services research. 2018 Dec;18(1):1-3.
Melhora a custo-efetividade das intervenções clínicas	Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, Tsiachristas A. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. The European Journal of Health Economics. 2020 Nov;21:1211-21.
Aumento o poder de intervenção no mercado traduzindo-se numa vantagem negocial com os parceiros externos (sobretudo fornecedores)	Haring M, Schiller J, Gersch M, Amelung V. Why should stakeholders consider the effect of tensions in collaborative innovation in healthcare—lessons learned from surveying integrated care projects in Germany. BMC Health Services Research. 2023 Nov 23;23(1):1292.
Reduz o número de atos e procedimentos desnecessários ou duplicados	Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, Tsiachristas A. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. The European Journal of Health Economics. 2020 Nov;21:1211-21.

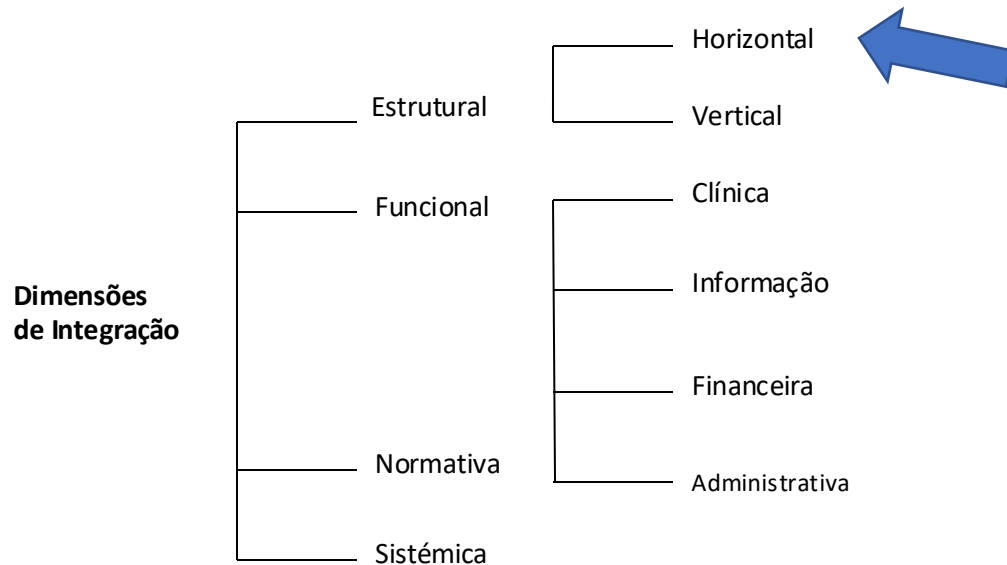
Vantagens da Integração	Publicações
Diminui os custos da prestação de cuidados	Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, Tsiachristas A. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. The European Journal of Health Economics. 2020 Nov;21:1211-21.
Permite melhorar a satisfação dos trabalhadores e o trabalho em equipa	Liu M, Wang J, Lou J, Zhao R, Deng J, Liu Z. What is the impact of integrated care on the job satisfaction of primary healthcare providers: a systematic review. Human Resources for Health. 2023 Nov 1;21(1):86.
Melhora a satisfação dos utentes e das suas famílias	Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC health services research. 2018 Dec;18(1):1-3.

Dimensões da Integração de Cuidados

Dimensões



Dimensões de integração



Dimensão Estrutural: Horizontal

Quando uma entidade é responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde.

Esta entidade resulta da fusão entre duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) que são substitutos próximos. Habitualmente precede a integração vertical.

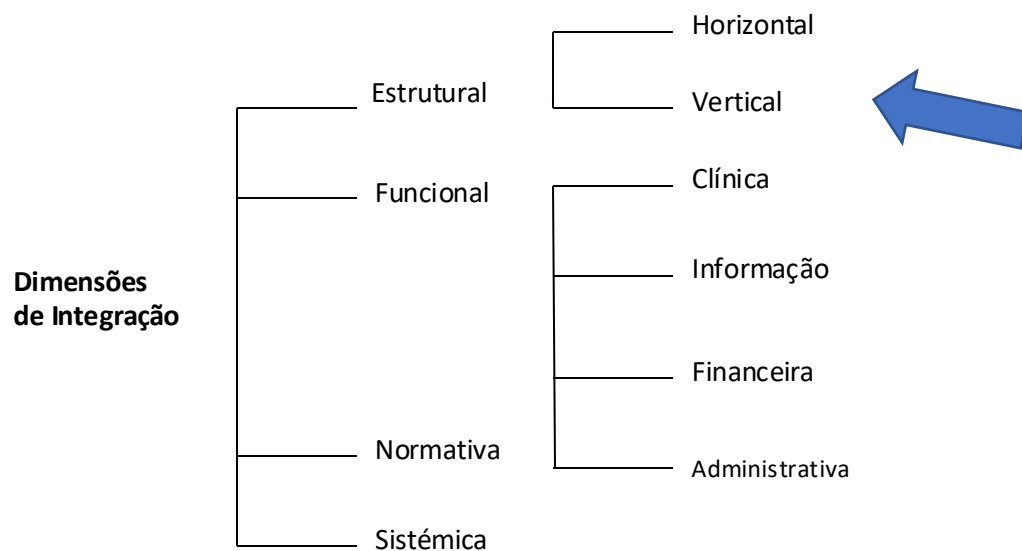
Ex:

Fusão de Hospitais nos EUA (décadas de 70 e 80);

Criação de Centros Hospitalares;

Agrupamento de Centros de Saúde.

Dimensões de integração



Dimensão Estrutural: Vertical

Quando uma organização detém o controlo de duas ou + organizações sendo que pelo menos uma delas utiliza como input o output da outra;

Mecanismo onde uma entidade (propriedade e controlo) é responsável por todos os elementos do continuum de cuidados ao longo dos diferentes níveis de prestação num determinado contexto geo-demográfico;

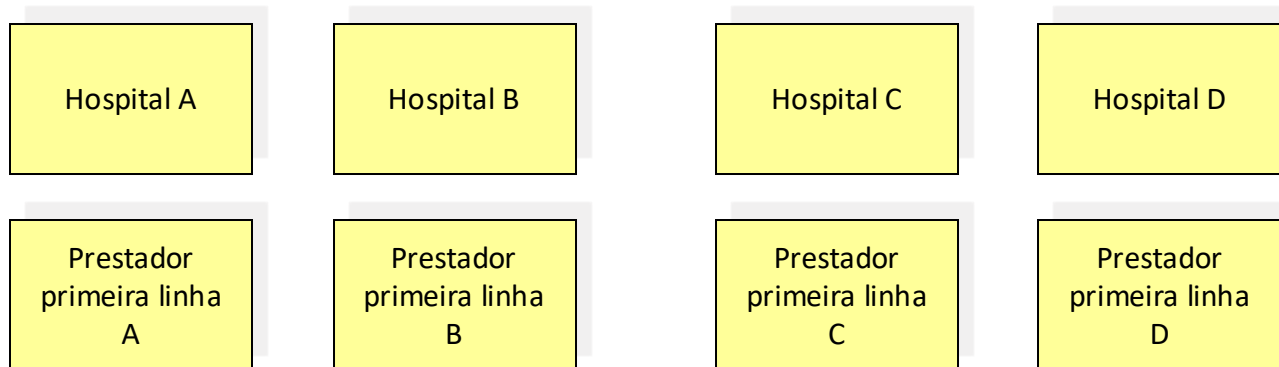
Evans (1982)

Ex:

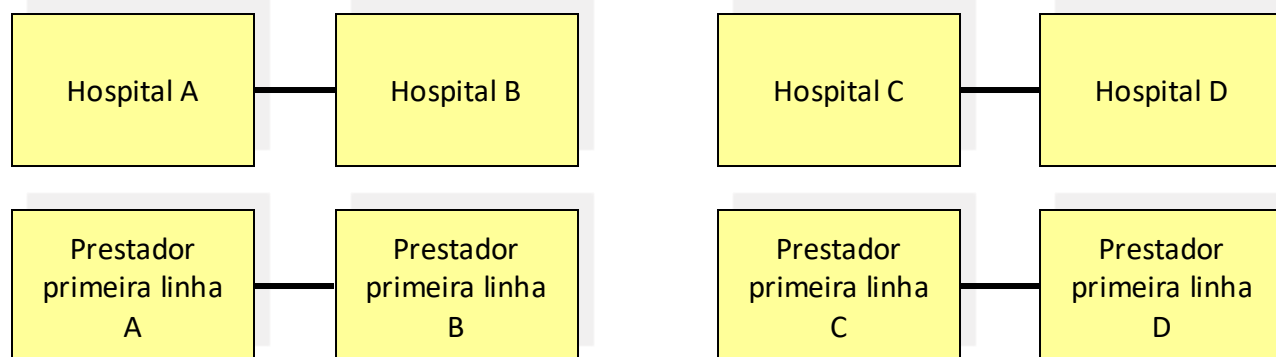
Unidades Locais de Saúde

Accountable Care Organizations

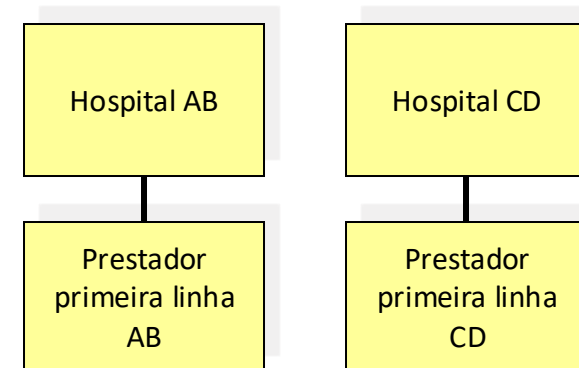
Dimensões de integração



1ª Fase: Elementos agem individualmente como competidores



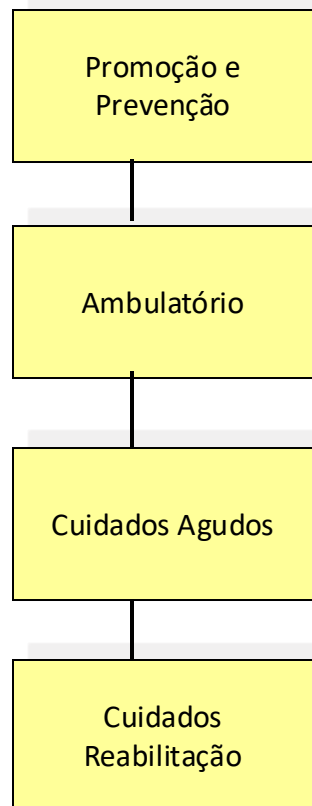
2ª Fase: Integração Horizontal e consolidação



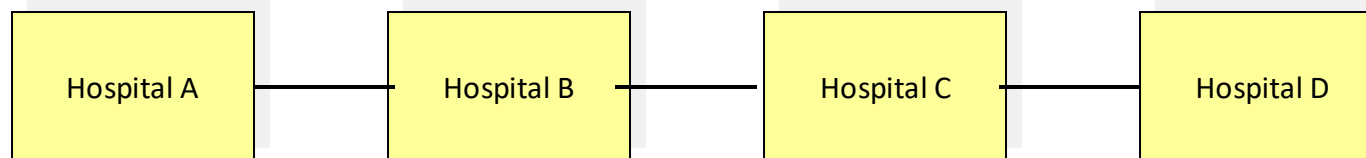
3ª Fase: Integração Vertical e diversificação

Dimensões de integração

Integração Vertical

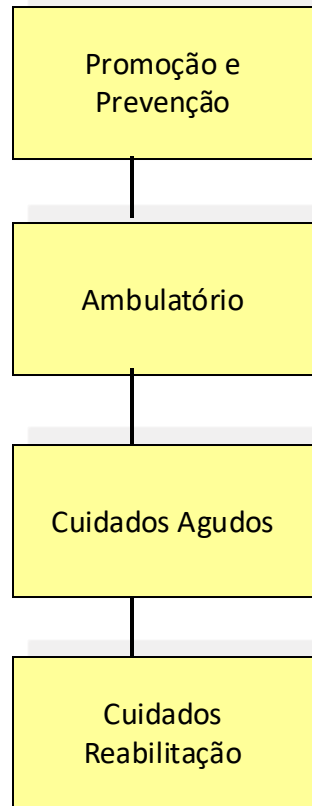


Integração Horizontal



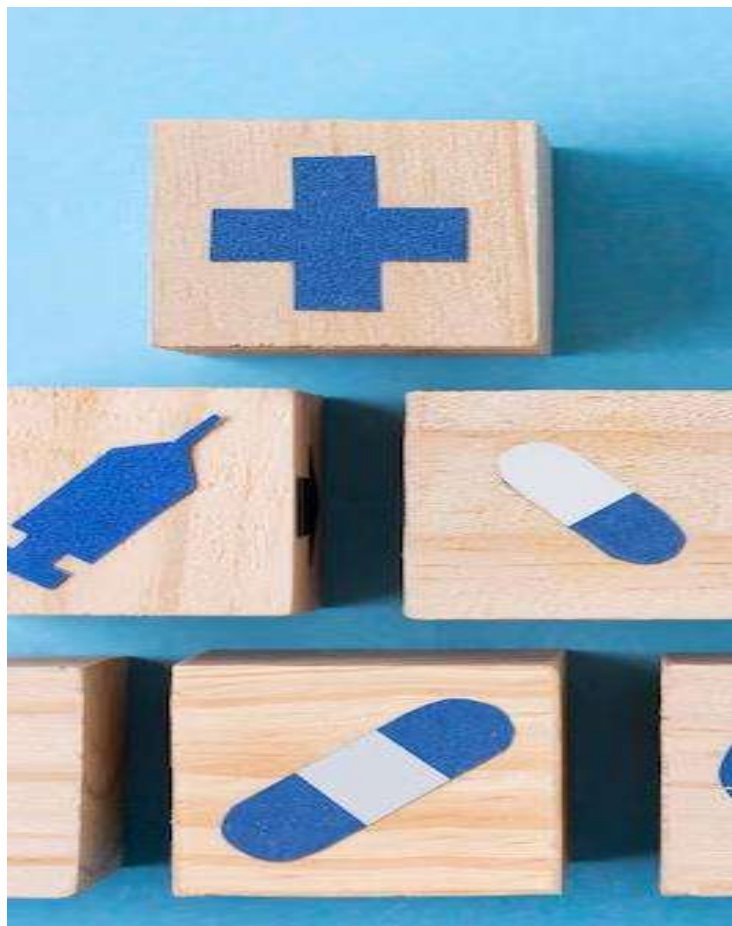
Dimensões de integração

Integração Vertical



- **Quem:** uma entidade única responsável pela gestão
- **Onde:** num espaço geográfico (regional) delimitado
- **Objecto:** estado de saúde de uma determinada população
- **O quê:** coordenar em rede todos os elementos que fazem parte do sistema
- **Como:** através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados
- **Porquê (*rational*):** para garantir uma prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, qualidade e satisfação ao utente no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população.

Principais Barreiras



- Complexidade organizacional;
- Diferenças culturais dentro e entre organizações;
- Falta de visão estratégica;
- Escassez de recursos humanos;
- Falta de interoperabilidade dos sistemas informáticos;
- Dificuldades na recolha e tratamento de dados;
- Inexistência de estratégias nacionais de IC;
- Instabilidade dos sistemas de saúde;
- Falta de conhecimento das questões de IC.

Principais Facilitadores

- Identificação das Necessidades Específicas da População de Intervenção;
- Profissionais empenhados;
- Estratégia de longo prazo;
- Incentivos financeiros alinhados com os objectivos do CI;
- Alinhamento da liderança;
- Adesão dos doentes e dos prestadores de cuidados.



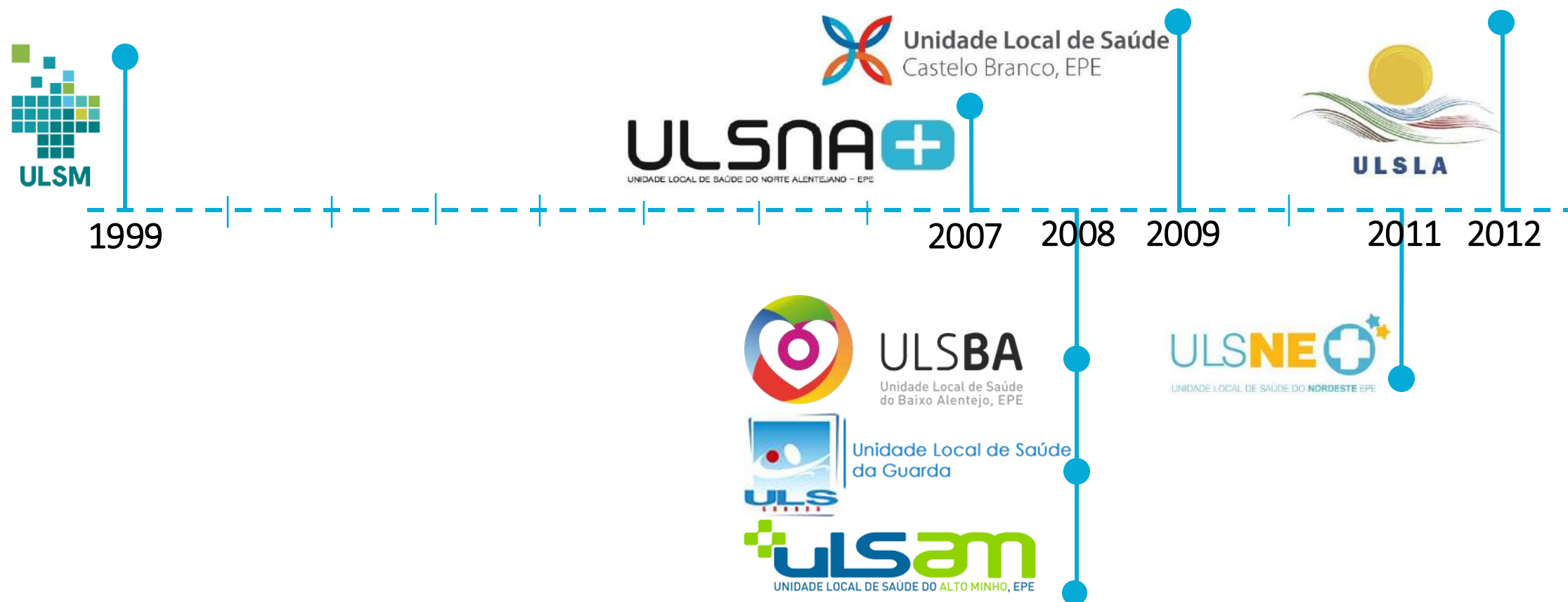
UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE – O QUE SÃO?

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE - DEFINIÇÕES

Tratam-se de organizações que integram os hospitais e os cuidados de saúde primários sob um único órgão de gestão.

Cada ULS concentra a organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, facilitando o acesso e a deslocação das pessoas entre os cuidados de saúde primários e os hospitais, de acordo com as suas necessidades. As novas ULS reforçarão a tónica na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE - TIMELINE



UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE



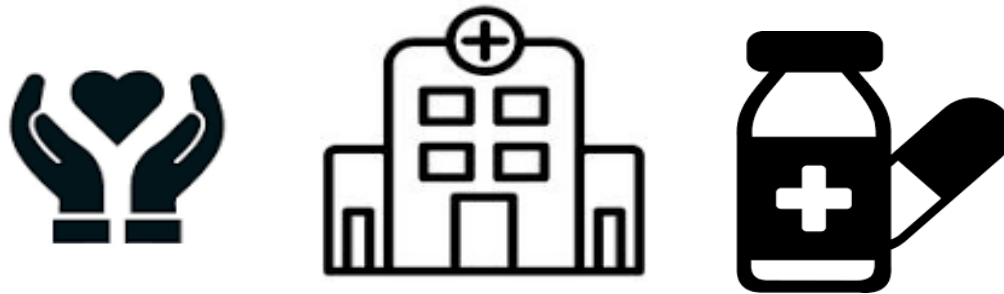
Esta primeira unidade foi um projeto pioneiro e deu relevo à estratégia de integração de cuidados em Portugal.

1999

MODELO DE FINANCIAMENTO

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE - FINANCIAMENTO

FINANCIAMENTO PER CAPITA



Sistema de remuneração em que a instituição de saúde recebe um pagamento fixo por utente inscrito, independentemente do número de serviços prestados.

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE - FINANCIAMENTO

FINANCING PER CAPITA ADJUSTED

$$\text{CAPITA ULS} = \text{CAPITA NACIONAL} * \text{N}^{\circ} \text{ DE PESSOAS} * \text{SCORE}$$

SCORE - Para ajustar o financiamento à complexidade da população, foi utilizado o Adjusted Clinical Groups (ACG), um algoritmo estatístico internacionalmente reconhecido, desenvolvido pela Universidade John Hopkins. Para calcular a complexidade, o algoritmo considera um conjunto de variáveis como a morbilidade hospitalar e nos cuidados de saúde primários, os medicamentos dispensados, a idade e o género.

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE - FINANCIAMENTO

FINANCIAMENTO
AJUSTADO À CAPITA

+

FLUXO DE DOENTES

+

PROGRAMAS
ESPECÍFICOS

+

INCENTIVOS INSTITUCIONAIS
PARA
PERFORMANCE E EFICIÊNCIA

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE – PRINCIPAIS LIÇÕES

Adaptabilidade e
Flexibilidade

Forte liderança e
envolvimento da
equipa

Instrumentos
funcionais
alinhados com os
objetivos

Processo a médio-
longo prazo

Necessidade de
investimento

Os resultados em
matéria de saúde
resultam
essencialmente da
integração clínica

SISTEMA DE SAÚDE DO PAÍS BASCO

O sistema público de saúde do País Basco, conhecido como Osakidetza, é a organização responsável pela prestação de serviços de saúde no país e foi criado em 1983.

Baseia-se nos princípios da universalidade,
da equidade, da gratuidade e da qualidade.



Sistema de Saúde do País Basco

	13 Organizações de Cuidados Integrados ("OSI")	Hospitais
• <i>Dirección General</i> • <i>Emergências</i> • <i>Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos</i>	• <i>OSI Bidasoa (2011)</i> • <i>OSI Araba</i> • <i>OSI Arabako Errioxa / Rioja Alavesa</i> • <i>OSI Donostialdea</i> • <i>OSI Goierri-Alto Urola</i> • <i>OSI Debabarrena</i> • <i>OSI Alto Deba</i> • <i>OSI Tolosaldea</i> • <i>OSI Bilbao-Basurto</i> • <i>OSI Barrualde-Galdakao</i> • <i>OSI Uribe</i> • <i>OSI Barakaldo-Sestao</i> • <i>OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces</i>	• <i>Hospital Santa Marina</i> • <i>Hospital de Gorliz</i>
		Saúde Mental (2009) • <i>Red de Salud Mental de Araba</i> • <i>Red de Salud Mental de Bizkaia</i> • <i>Red de Salud Mental de Bizkaia</i> • <i>Osatek (Sociedad Pública)</i> • <i>Onkologikoa (Centro Vinculado)</i>

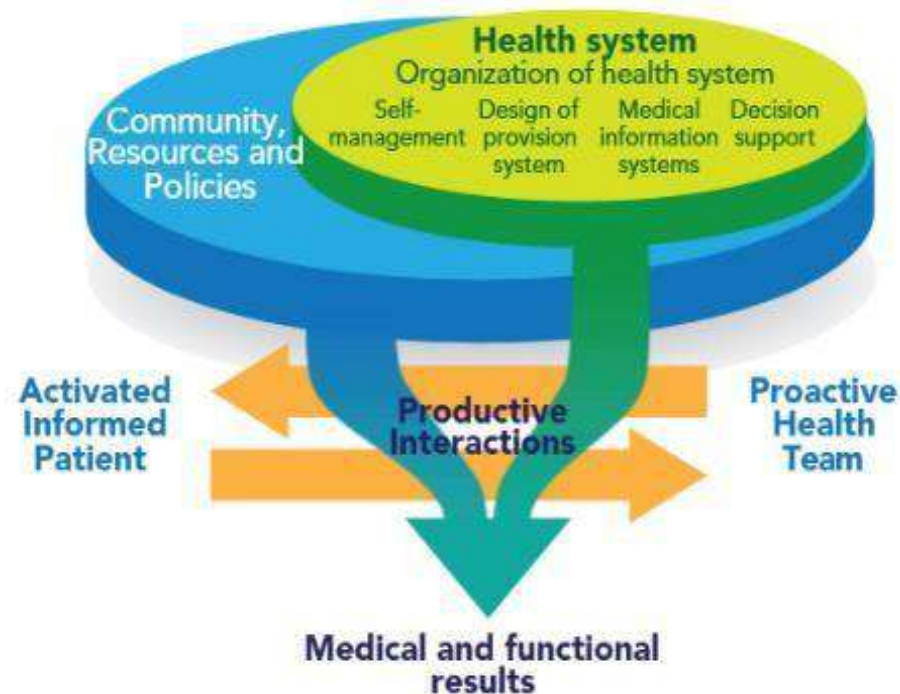
ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS NO PAÍS BASCO



Strategic vision for the Basque Country's health system

Estratégia de gestão da cronicidade no País Basco

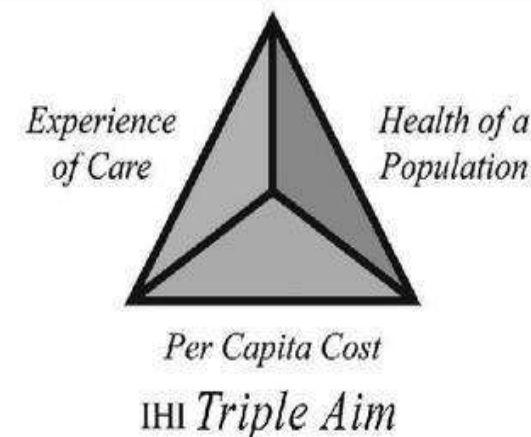
Adaptation of the care model for Chronic Patients in the Basque Country



Source- Developed by Ed Wagner and collaborators from the MacColl Institute for Healthcare Innovation. Adapted by O+berri Basque Institute of Health Innovation

Integração de Cuidados e Equipas Multidisciplinares

- Criação de 13 **Organizações de Cuidados Integrados** (OSI) desde 2011
- Criação de equipas multidisciplinares com formação na gestão de doentes complexos
- Diferentes papéis → Comunicação constante



MODELO DE FINANCIAMENTO

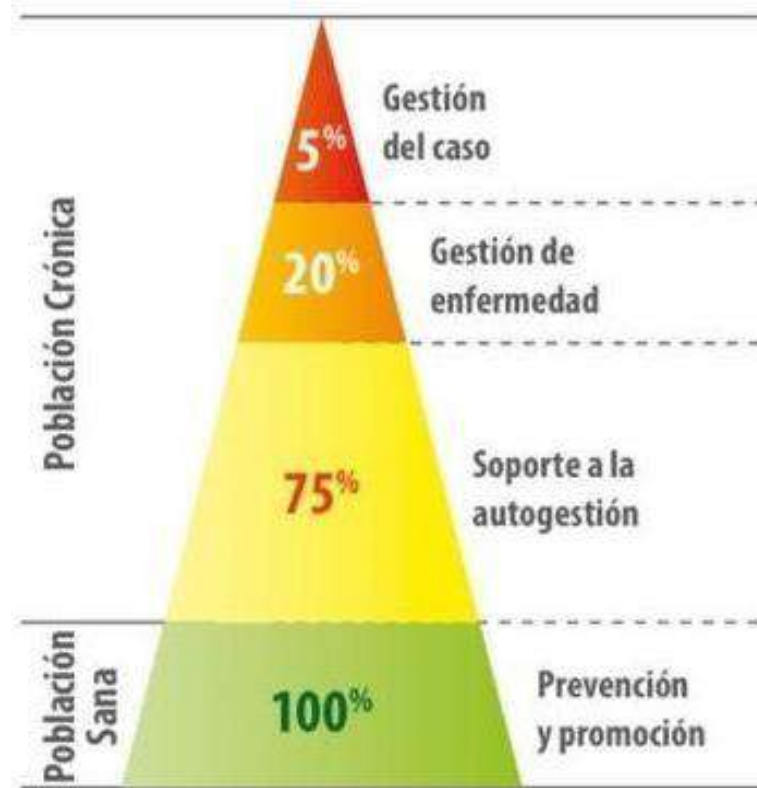
Modelo Beveridge

Principal fonte de financiamento: **Fundos públicos obtidos através de impostos**

Contrato de Programa (CP)

- Desde 1994
- Estimativa do volume global de atividade das organizações de saúde
- Previsão de contingências
- Determinação quantificável da qualidade a atingir
- Estimativa final da atividade atribuída às dotações orçamentais

Estratificação da População



Expected use
of health
services in the
following 12
months;

ACG-PM

"Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups Predictive Model"

Predictive Index (PI)

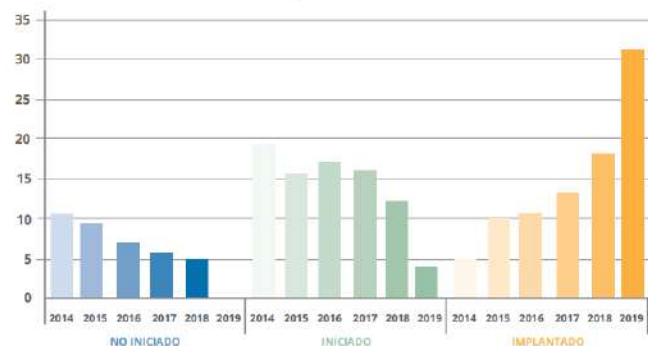
(Demographic data, socio-economic data, clinical diagnoses, prescriptions, previous use of health services (...))

- Expected use of resources in health services compared to the "ordinary" citizen;
- Evaluated every 2 years.

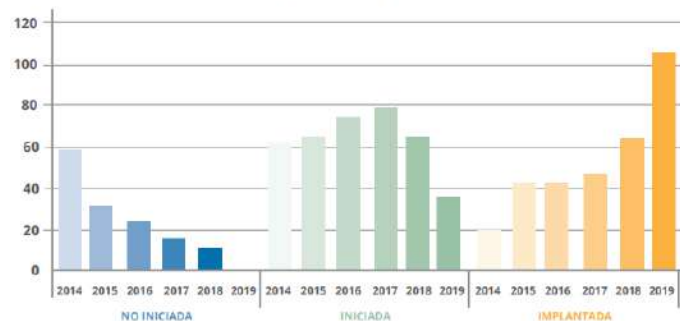
AVALIAÇÃO

2010 - 2019

OBJETIVOS



ACCIONES



Actions and objectives in the Basque health plan strategies not initiated, initiated and implemented between 2014 and 2019

Increase

Decrease

Osasun Eskola training activities

Hospitalisation waiting times

No. of web accesses/channels (51%)

Acute bed occupancy rates

No. of new users (1512) and accesses (648%) by Carpeta de Salud

Hospital admissions (21 to 48 per cent for chronically ill patients treated individually and actively, (...))

Telemonitoring (2138 > 11395)

Patients on COPD programmes (1 to 2%)

Diabetic foot care (4.9%)

Non-face-to-face speciality consultations (264%)

Face-to-face consultations (12.8%)

Prevalence of "good health" status

REINO UNIDO

Sistema de Saúde do Reino Unido



O Reino Unido dispõe de um serviço nacional de saúde cujo acesso se baseia nas necessidades clínicas e não na capacidade de pagamento. Todos os indivíduos, independentemente da sua nacionalidade ou estatuto de imigração, têm direito a aceder gratuitamente a cuidados primários, de emergência e psiquiátricos.

Integrated Care Systems

Integrated
Care Systems
in England



Em 2022, o Health Care Act criou 42
Integrated Care Systems (ICSs)



São parcerias que reúnem organizações do Serviço Nacional de Saúde (NHS), autoridades locais e outras para assumirem a responsabilidade coletiva pelo planeamento de serviços, melhorando a saúde e reduzindo as desigualdades em áreas geográficas.

Integrated Care Systems in England



Os ICSs compreendem duas componentes:

- **Integrated care boards (ICBs):** órgãos estatutários que são responsáveis pelo planeamento e financiamento da maioria dos serviços do SNS na área.
- **Integrated care partnerships (ICPs):** Comitês estatutários que reúnem um vasto conjunto de parceiros do sistema para desenvolver uma estratégia de saúde e cuidados para a área.

Integrated Care Systems in England



Os principais objetivos dos ICSs são:

- Melhorar a prestação e o acesso da população aos cuidados de saúde;
- Centrar-se na prevenção e nos resultados em matéria de saúde;
- Combater as desigualdades nas prestações de serviços, nos resultados e no acesso;
- Aumentar a produtividade e a relação custo-benefício;
- Ajudar o NHS a apoiar um desenvolvimento social e económico mais amplo.

MODELO DE FINANCIAMENTO

INTEGRATED CARE SYSTEMS – MODELO DE FINANCIAMENTO

As tarefas de financiamento e de controlo das despesas foram deixadas aos ICB, que têm maior influência sobre os respetivos orçamentos e despesas.

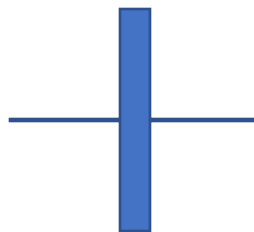
Cada ICB tem autonomia para recrutar e definir as condições de remuneração no âmbito desse recrutamento. No entanto, todos os membros do ICS partilham responsabilidades, pelo que todos os anos é elaborado um plano de atividades e uma previsão de despesas para cinco anos.



INTEGRATED CARE SYSTEMS – MODELO DE FINANCIAMENTO

ORÇAMENTO DOS RECURSOS
HUMANOS

Nº DE DOENTES DOS CUIDADOS
PRIMÁRIOS + DISTRIBUIÇÃO
GEOGRÁFICA



COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS
DE GESTÃO CORRENTE E DE
FUNCIONAMENTO

TEM EM CONTA A POPULAÇÃO SERVIDA
POR CADA ICB, AJUSTADA AO RISCO DE
PESSOAS NÃO REGISTRADAS.

Integrated care systems (ICSs)

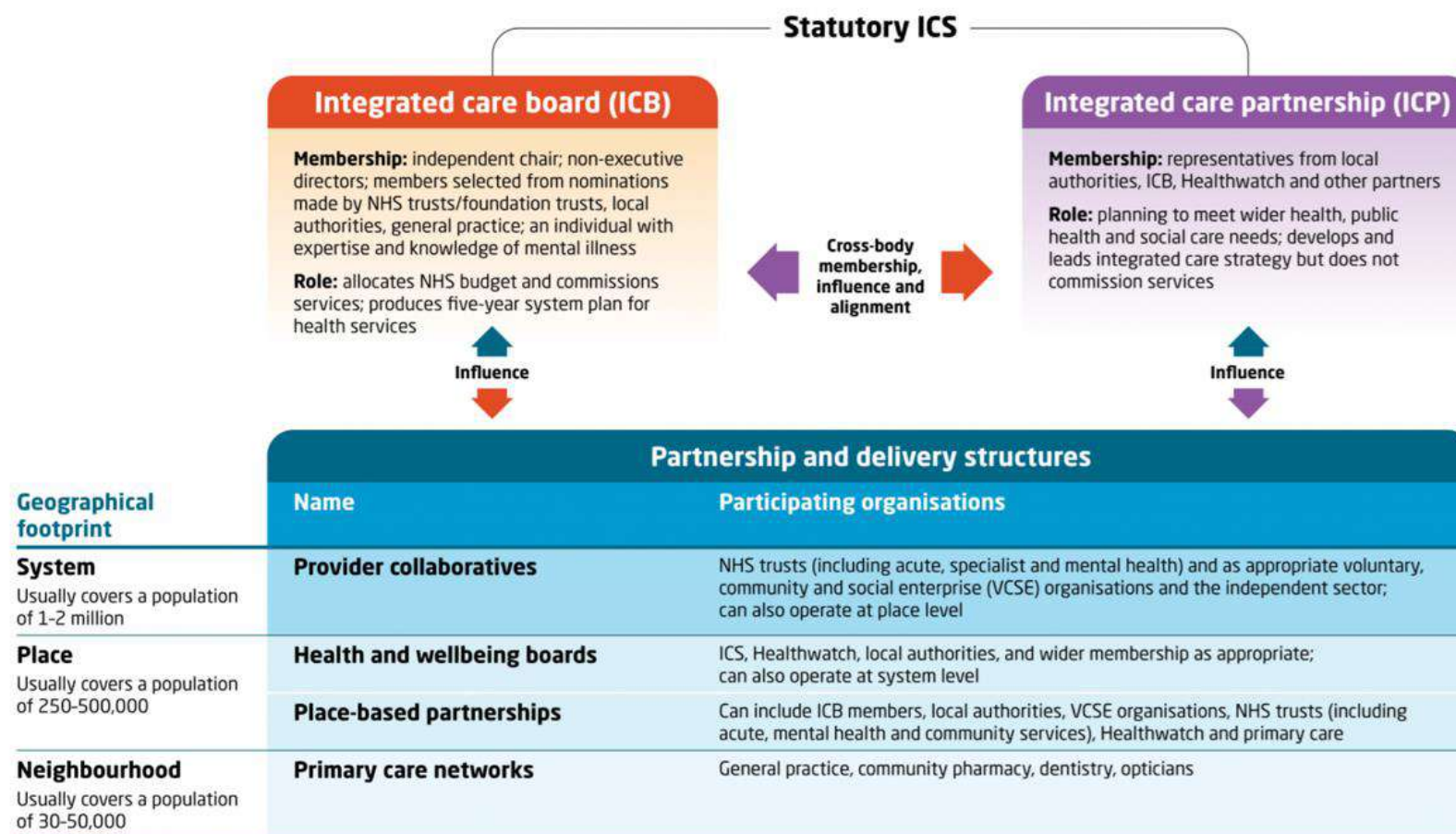
Key planning and partnership bodies from July 2022

NHS England

Performance manages and supports the NHS bodies working with and through the ICS

Care Quality Commission

Independently reviews and rates the ICS



Avaliação de tecnologias e intervenções

Julian Perelman

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa

Pergunta nº1

✓ O que é a ciência económica? Qual é o seu propósito?

Recursos escassos, inúmeras necessidades



Custo de oportunidade das despesas em saúde

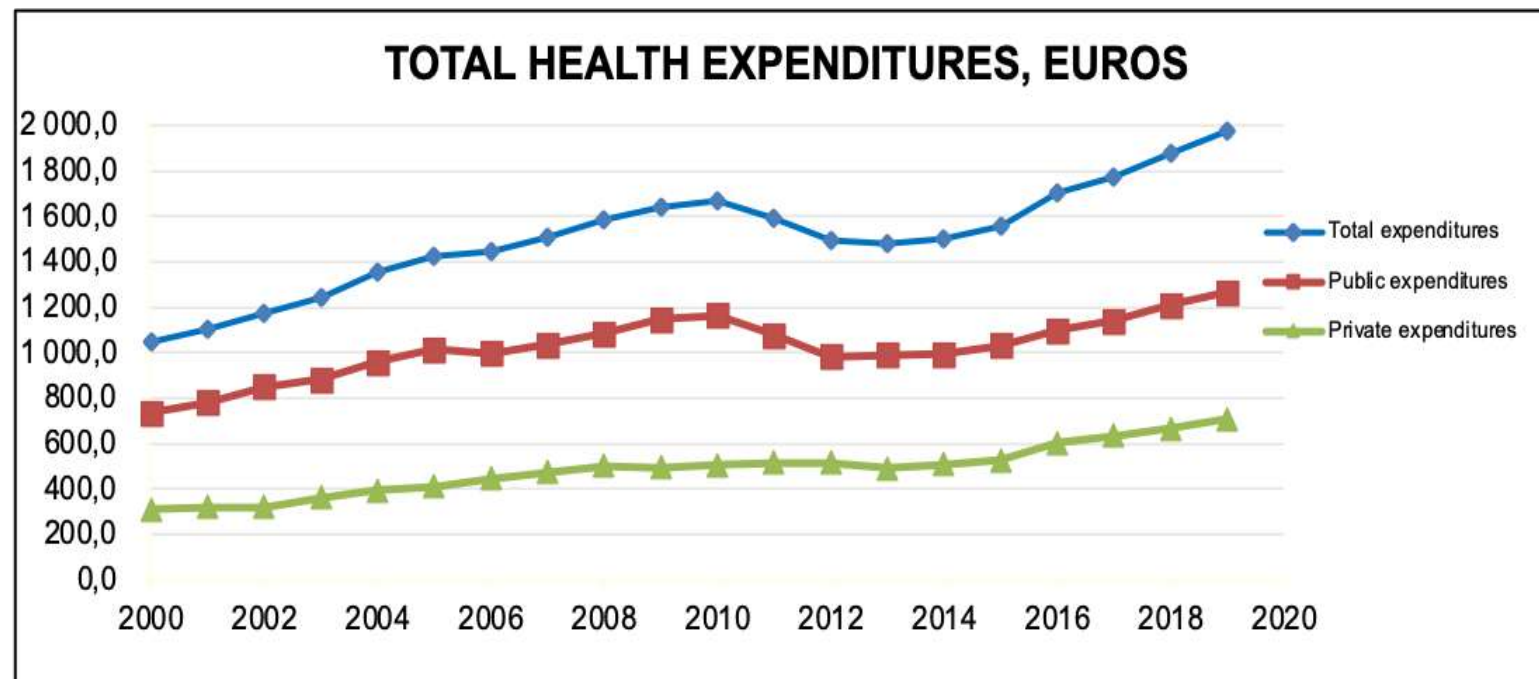


Eficiência económica/alocativa: determinar a partir dos recursos disponíveis o maior ganho possível



Value for money (vantagem económica): determinar o valor acrescentado obtido através de usos alternativos dos recursos

Evolução da despesa em saúde, Portugal



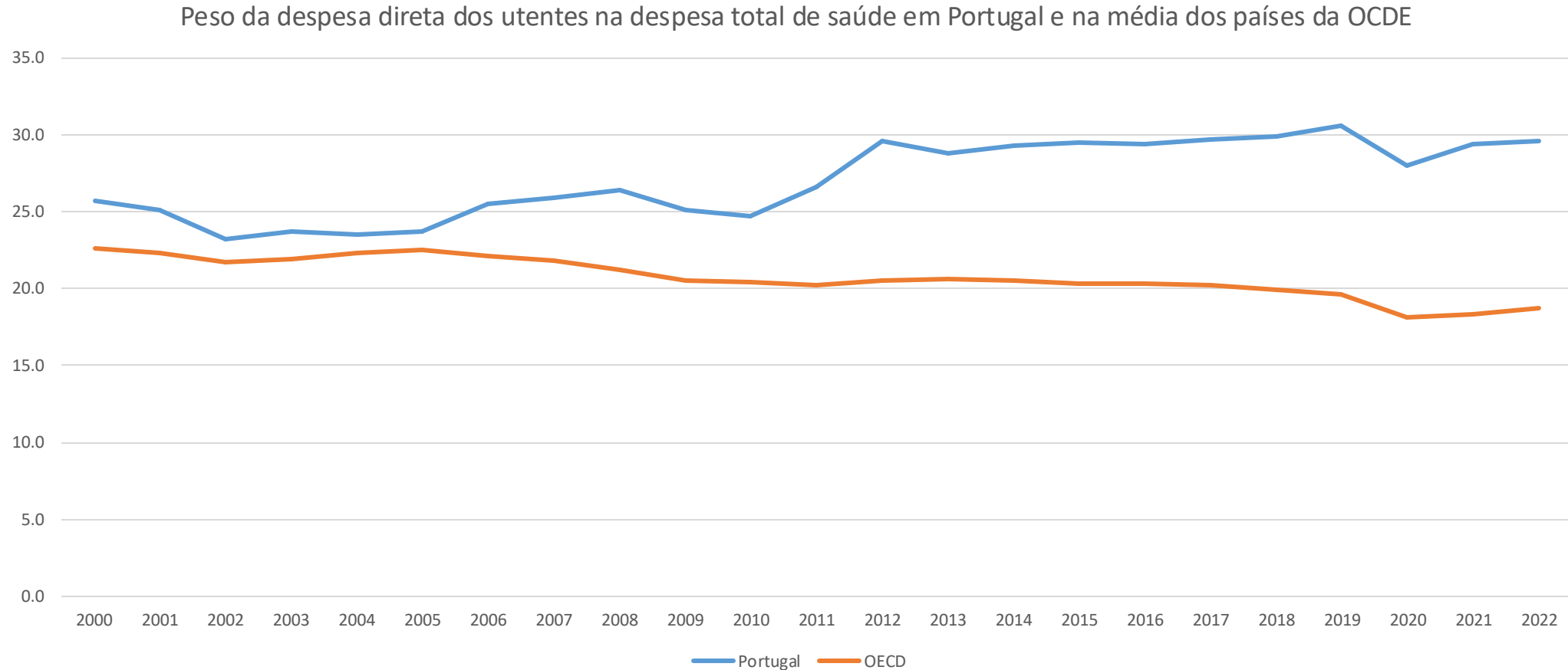
Fonte: OCDE

Onde ir buscar o financiamento?

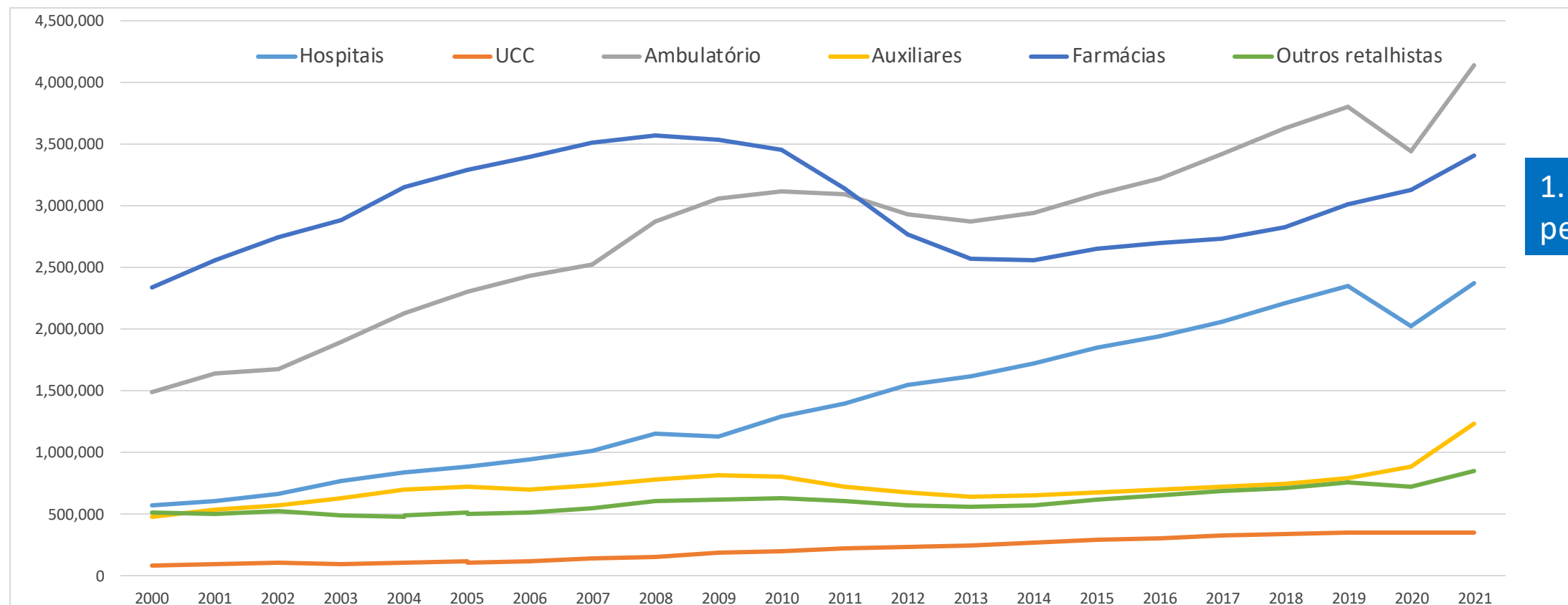
- ✓ Outros setores
- ✓ Aumento de impostos
- ✓ Empréstimos e dívida

Ou: garantir que a despesa permite ganhos que irão contribuir para o desenvolvimento = garantir o seu reembolso no future, *value for money*

Despesas das famílias, Portugal



Despesas das famílias, Portugal

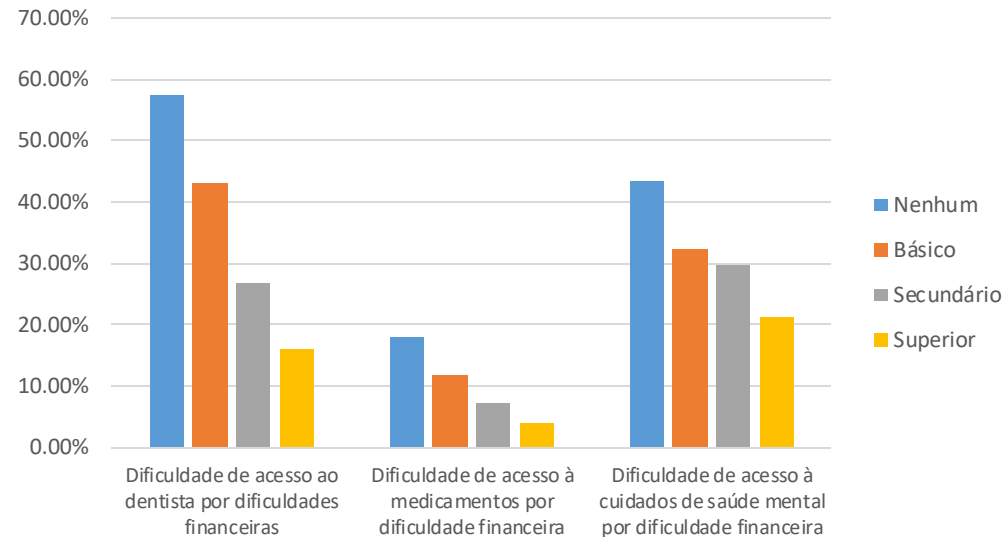


1.173€ por
pessoa/ano

Áreas críticas consultas: saúde mental e oral, fisioterapia, óculos, MCDT + tudo o resto

Despesas das famílias, Portugal

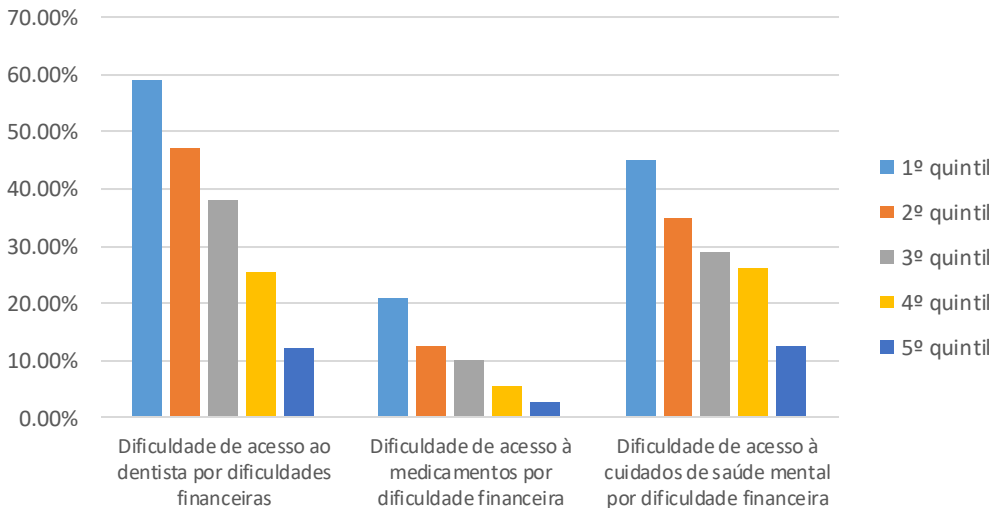
Nível de educação



Áreas marcadas pela falta de acesso, a desigualdade e despesas catastróficas para 10% da população

Categoria de Despesa	Despesa anual média	% da despesa em saúde do agregado por classe socioeconómica					
		Média	A	B	C	D	E
Despesa em Saúde (% despesa total)	1 173,02 €	5,8%	3,7%	4,7%	5,6%	6,4%	10,4%
Medicamentos e produtos farmacêuticos	604,20 €	62,8%	53,4%	55,8%	62,2%	69,1%	75,3%
Aparelhos e material terapêutico	79,19 €	6,9%	7,2%	7,7%	7,4%	6,0%	5,5%
Ambulatório	455,78 €	27,9%	35,6%	33,6%	28,1%	22,9%	17,3%
Serviços médicos de clínica geral	61,97 €	4,8%	5,9%	5,4%	4,9%	4,0%	3,9%
Serviços médicos de especialidade	138,96 €	7,6%	11,1%	9,9%	7,5%	5,9%	3,1%
Medicina dentária	159,66 €	9,9%	11,0%	11,1%	10,1%	8,8%	7,6%
Meios auxiliares de diagnóstico	59,04 €	3,9%	5,1%	4,9%	3,8%	3,1%	2,2%
Outros	36,16 €	3,1%	2,5%	2,2%	1,8%	1,1%	0,5%
Serviços Hospitalares	33,85 €	2,3%	3,8%	2,9%	2,3%	1,9%	1,8%
% de agregados familiares	100,0%	100,0%	11,7%	17,9%	34,7%	27,9%	7,7%

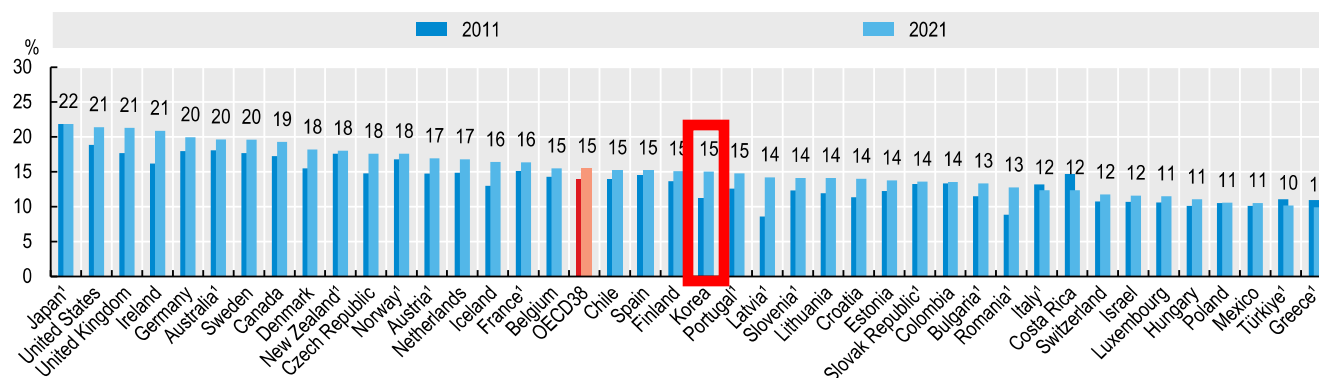
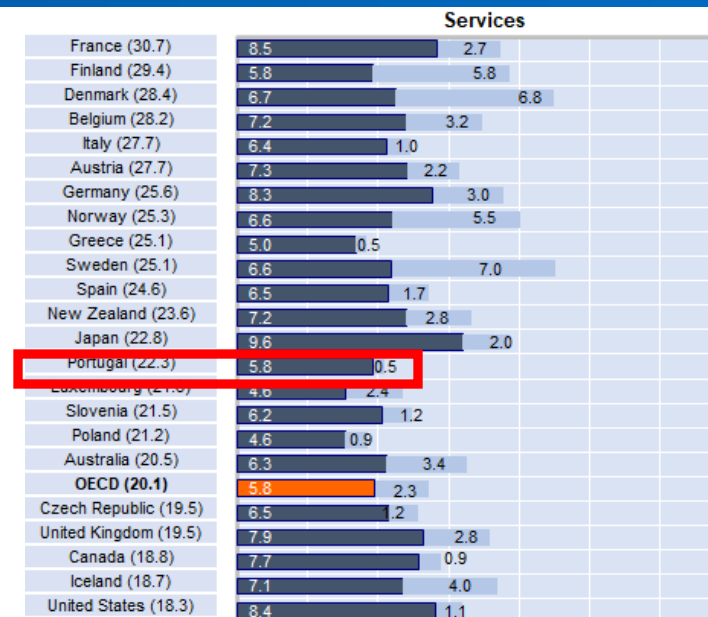
Nível de rendimento



Fontes: Pedro Pita Barros e Eduardo Costa, Observatório da Despesa em Saúde 03, 2023; Frederico Rocha, ENSP 2023

Despesas do Estado, Portugal

A despesa pública representa 5,8% do PIB, mas 15% das despesas do Estado



Fonte: Health at a Glance 2023, OCDE

Despesas do Estado, Portugal

A despesa pública representa 5,8% do PIB, mas 15% das despesas do Estado

- Onde ir buscar financiamento adicional?
- E onde colocariam o financiamento adicional?

Despesas efetivas em 2023	
Defesa	2.505
Segurança interna	2.453
Justiça	1.679
Economia e mar	1.550
Cultura	710
Ciência e tecnologia, ensino superior	3.301
Ensino básico e secundário	6.779
Segurança social	23.291
Saúde	14.869
Ambiente e clima	2.416
Infraestruturas	3.437
Habitação	395
Agricultura e alimentação	1.484

Fonte: Relatório do Orçamento de Estado 2024

✓ Quais são as 3 principais causas do aumento da despesa em saúde?

Determinantes do crescimento

Fatores determinantes despesa *per capita* em saúde, OECD 1995-2009

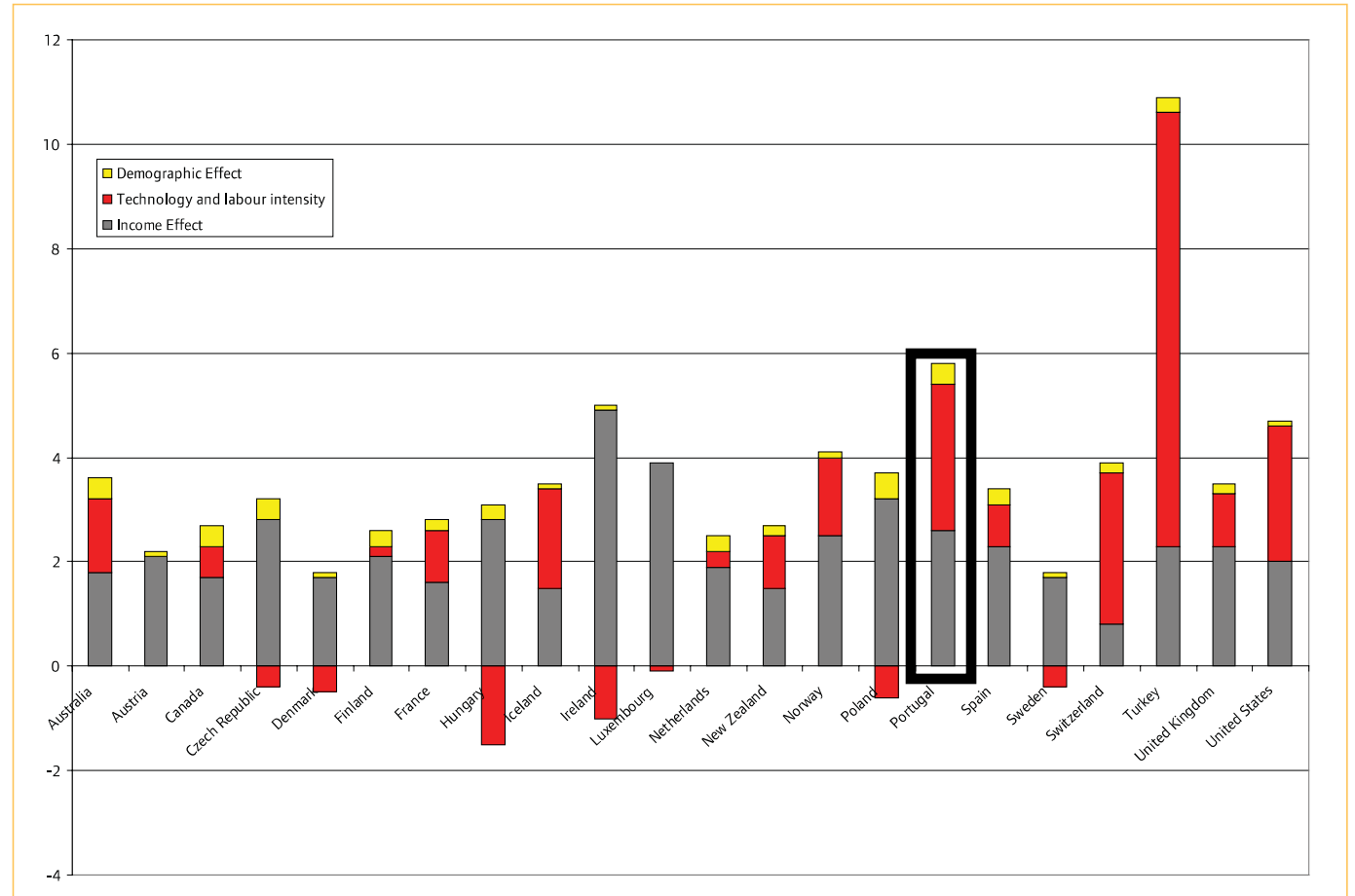
Taxa de crescimento anual	OECD	Portugal
Total	4,3%	4,6%
Envelhecimento	0,5% (12%)	0,6% (13%)
PIB	1,8% (42%)	1,5% (33%)
Preços & tecnologia	0,8% (18%)	0,8% (17%)

A “doença de Baumol”

Fonte: de la Maisonnette e Oliveira Martins (OECD Working Paper, 2013)

Determinantes do crescimento

Fatores determinantes da despesa *per capita* em saúde, OECD 1995-2009



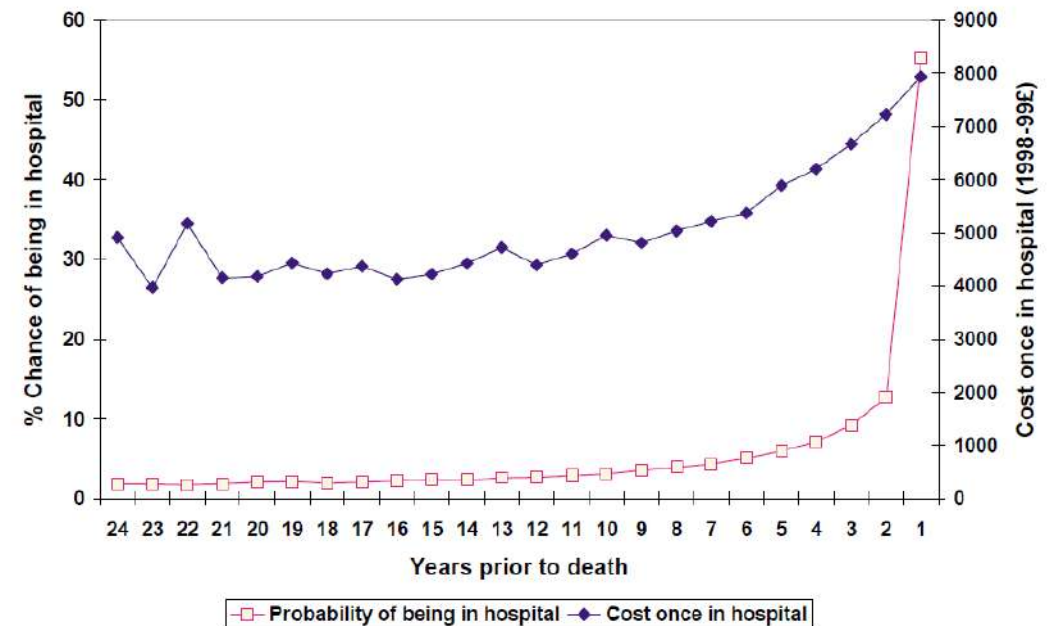
Fonte: de la Maisonneuve e Oliveira Martins (OECD Working Paper, 2013)

Envelhecimento e despesas em saúde

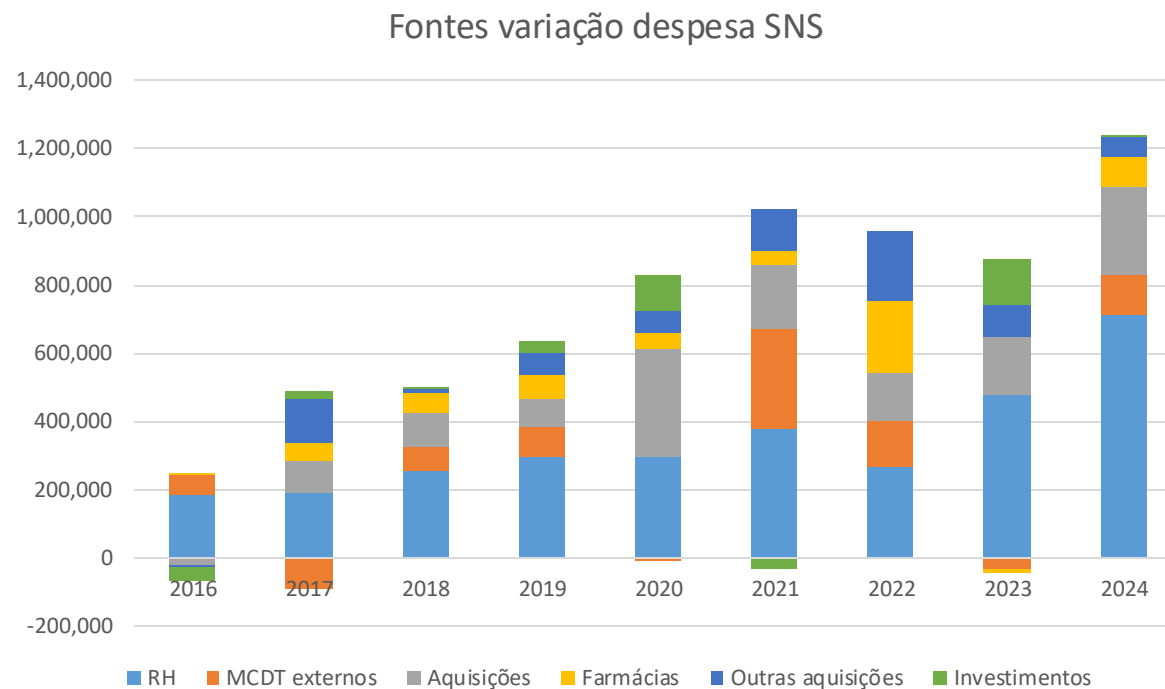
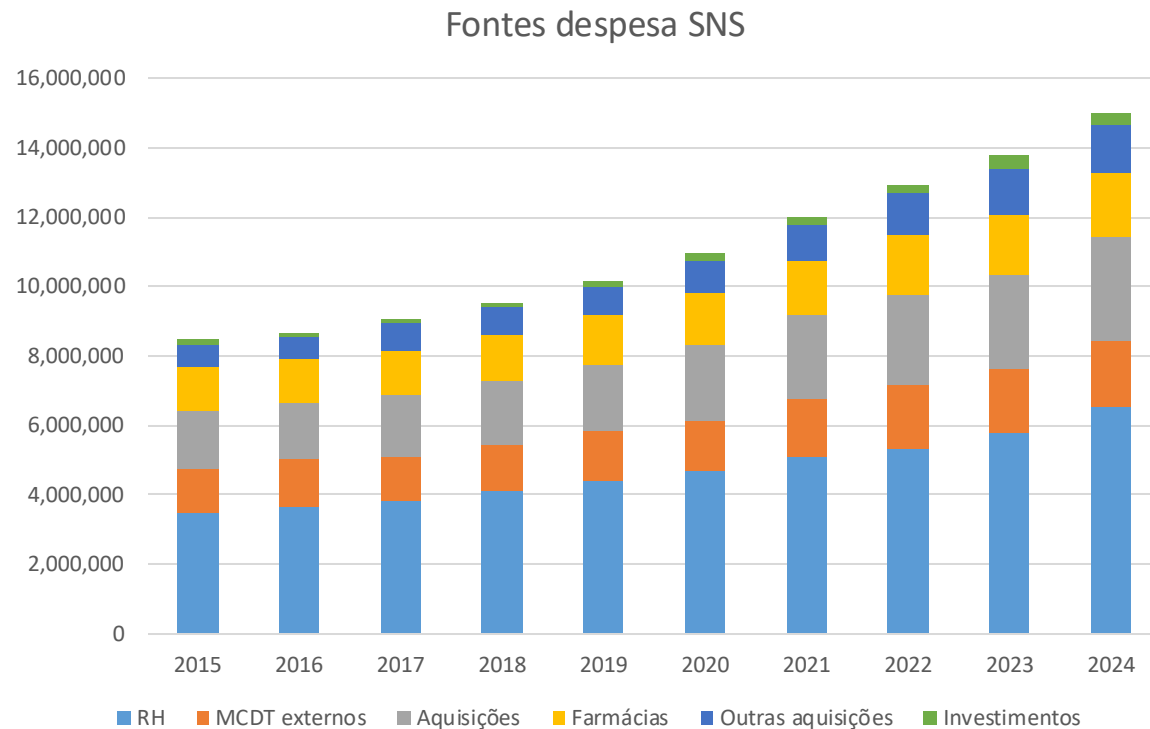
Menor relevância do envelhecimento: conta é o tempo até a morte:

- 15-8 anos antes da morte: despesas x 2
- 5-8 anos: despesa x 2
- 3-5 anos: despesa x 2
- 0-3 anos: despesa x 7
- Entre os 65-80 anos: +30%

Despesas no ano morte-1: 4.278 £
Despesas no ano morte-2: 917 £
Despesas no ano morte-5: 586 £



Variação da despesa do SNS e as suas fontes



Destaques: recursos humanos e aquisições

A intervenção do Estado no setor da saúde é uma especificidade portuguesa?

Quais as principais razões para esta intervenção?

Papel do Estado na saúde

- ✓ Questão central em economia: permite o mercado atingir o maior nível de bem-estar da sociedade?
- ✓ Qual a melhor maneira de organizar a sociedade do ponto de vista económico?

O que produzir?

Como?

Para quem?

Questões políticas sob a perspetiva económica

Planeamento *versus* mercado

Mão invisível *versus* planificação

By pursuing his own interest, the individual frequently promotes that of the society more effectually than when he really intends to promote it (A. Smith, 1776)

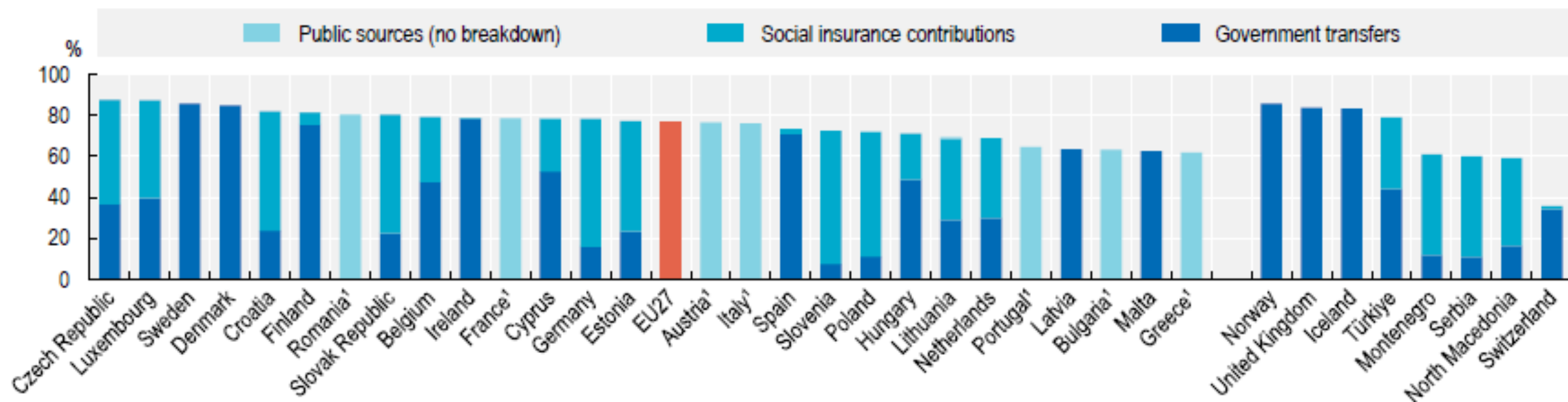
Intervenção do Estado como **regulador** ou como **fornecedor** de bens e serviços

- Justiça
- Transportes
- Educação
- Defesa e segurança pública
- **Cuidados de saúde**
- ...

Mercado *versus* Estado

Peso do Estado na saúde

Figure 5.7. Health expenditure from public sources as share of total health spending, 2020 (or nearest year)



USA: 45% da despesa coberta pelo Estado, em 2017

Fonte: Health at a Glance 2022, OCDE

- ✓ Eficiência possível se concorrência perfeita
- ✓ Barreiras à entrada:
 - ✓ Custos fixos elevados: capacidade de investimento, capital
 - ✓ Conhecimento tecnológico
 - ✓ Patentes
- ✓ Caso: setor privado nos cuidados, nos medicamentos

Consequência: concorrência não funciona, $\text{preço} > \text{custo marginal}$

✓ Eficiência técnica: **produção máxima com recursos disponíveis**

✓ Condições “concorrência perfeita”:

✓ Homogeneidade do produto

✓ Multiplicidade de produtores

✓ **Informação perfeita**

✓ **Mobilidade perfeita**

*Efeito nº 2 do monopólio:
ineficiência técnica*

Hospital A	Hospital B
200 camas	200 camas
6.000 profissionais	6.000 profissionais
1.000 camas	1.000 camas
30.000 cirurgias	25.000 cirurgias
800.000 consultas	600.000 consultas

Informação imperfeita e/ou assimétrica

✓ Falta de informação por parte dos utentes

Qualidade difícil de avaliar (heterogeneidade, complexidade dos cuidados)

Preço alto sinal de qualidade (procura elevada)

Capacidade do médico criar a sua procura

Consequência: concorrência não funciona,
 $\text{preço} > \text{custo marginal}$

A incerteza

Incertezas

- Ocorrência da doença
- Custo e qualidade do tratamento
- Duração da doença e perda de salário

Aversão ao risco e **compra de seguros**

Risco moral e seleção adversa

Risco moral e seguros incompletos

O consumidor não paga a totalidade dos custos quando o evento ocorre

o consumidor pode influenciar a probabilidade de ocorrência do evento
(comportamento não saudável)

o consumidor utiliza cuidados em excesso

Custo marginal (social) > utilidade marginal

Risco moral e seguros incompletos

- ✓ Distorção da procura
- ✓ Co-pagamentos: taxas moderadoras, franquias
comparticipações < 100% (co-seguros), plafonds
- ✓ **Mercado incompleto:** cobertura parcial, apesar da
disponibilidade para pagar/preferência dos consumidores

Seleção adversa e seguros incompletos

Quem compra seguros?

A seguradora não consegue distinguir os grupos de risco

Solução: diversificação dos pacotes, auto-seleção, seleção de riscos e mercado incompleto

Estudo de caso: ADSE e prémio único

Seleção adversa e seguros incompletos

Grupos de risco	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Despesa média	200	400	600	800

Exemplo

Grupo A: risco mais baixo; grupo D: risco mais elevado

- Se prémio único: falência, apenas o grupo D compra seguro
- Para distinguir os grupos: pacotes diferentes e auto-seleção
 - Pacote de serviços completo e mais caro para o grupo D
 - Pacote de serviços incompleto e mais barato para o grupo A
 - Rejeitar utentes do grupo D (seleção de riscos)
 - <https://www.medis.pt/simulador/#simulador>
- **Mercado incompleto:** seguro incompleto para os riscos baixos

Seleção adversa e cobertura

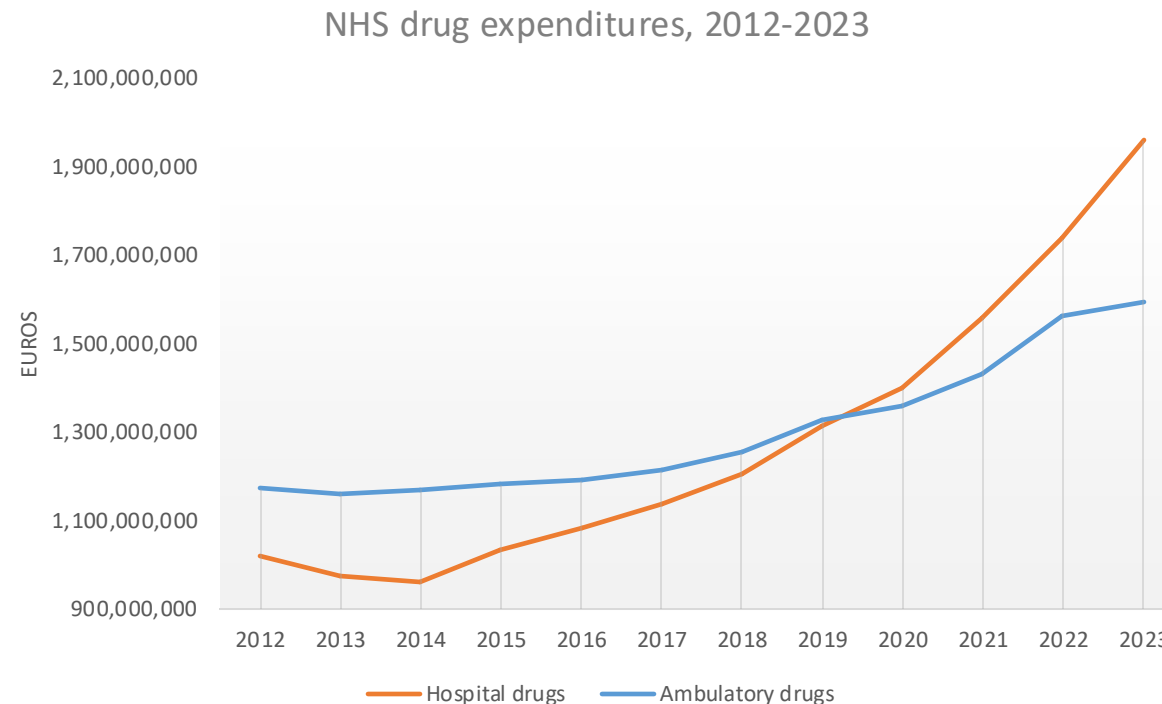
- ✓ Intervenção do Estado para garantir a cobertura universal e abrangente

Equidade

Saúde da população e desenvolvimento

- ✓ Estado financia os prestadores de cuidados para tratar os cidadãos, diretamente/ através de seguros públicos

Despesa com medicamentos



	Varição da despesa 2022-2023, euros
Despesa total SNS	+892M (+6,8%)
Despesa SNS com medicamentos	+250M (+7,6%), 28% do aumento
Despesa SNS com medicamentos hospitalares	+221M (+12,7%), 25% do aumento



Quais são as 3 doenças cujas terapêuticas têm mais contribuído para o aumento da despesa com medicamentos hospitalares?



Quais são os 3 medicamentos que representam maiores encargos para o SNS?

Despesa (dez. 2023)

Variação (período homólogo)

HOSPITALAR

Oncologia	625,2M	+88,0M (+16,4%)
VIH	215,9M	+17,4M (+8,8%)
Artrite reum./psoríase/DI intestinal	188,1M	+21,1M (+12,6%)
Órfãos	293,0M	+57,8M (+24,6%)

AMBULATÓRIO

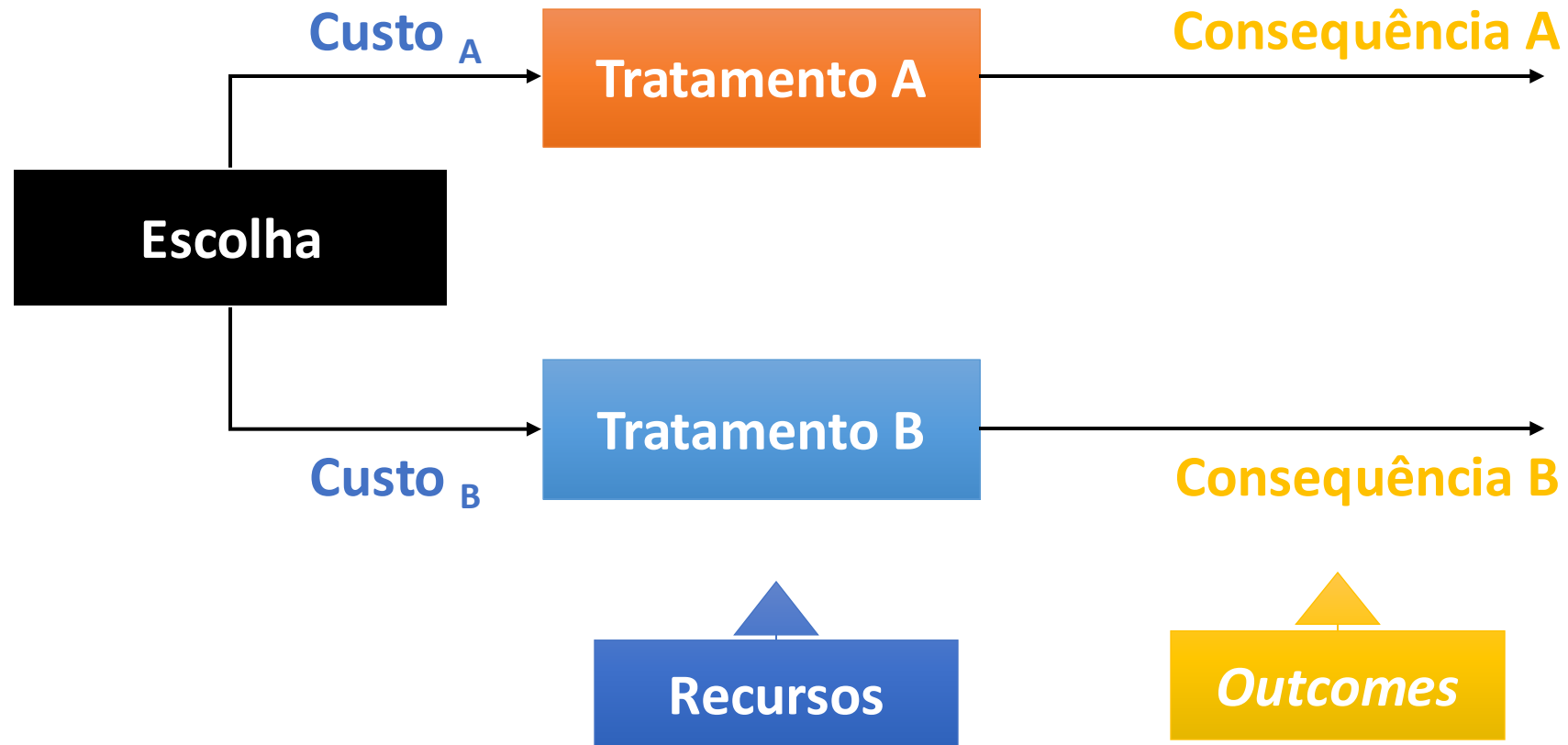
Anti-diabéticos	369,4M	-9,1M (-2,4%)
Anti-coagulantes	186,7M	+2,7M (+1,5%)

Novas tecnologias: determinante central da despesa

Como determinar se a nova tecnologia tem de ser implementada, na ausência de mecanismos de mercado?

Avaliação económica em saúde: medição *ex ante* do custo social e da utilidade

Comparação de alternativas



Pergunta nº5



Está a ser considerada, no âmbito do SNS, a realização de uma intervenção para dor lombar, baseada numa avaliação de risco e sessões de fisioterapia definidas com base no risco. No entanto, coloca-se a questão do custo-efetividade desta intervenção.



Qual seria o comparador?



Que custos deveriam ser considerados?

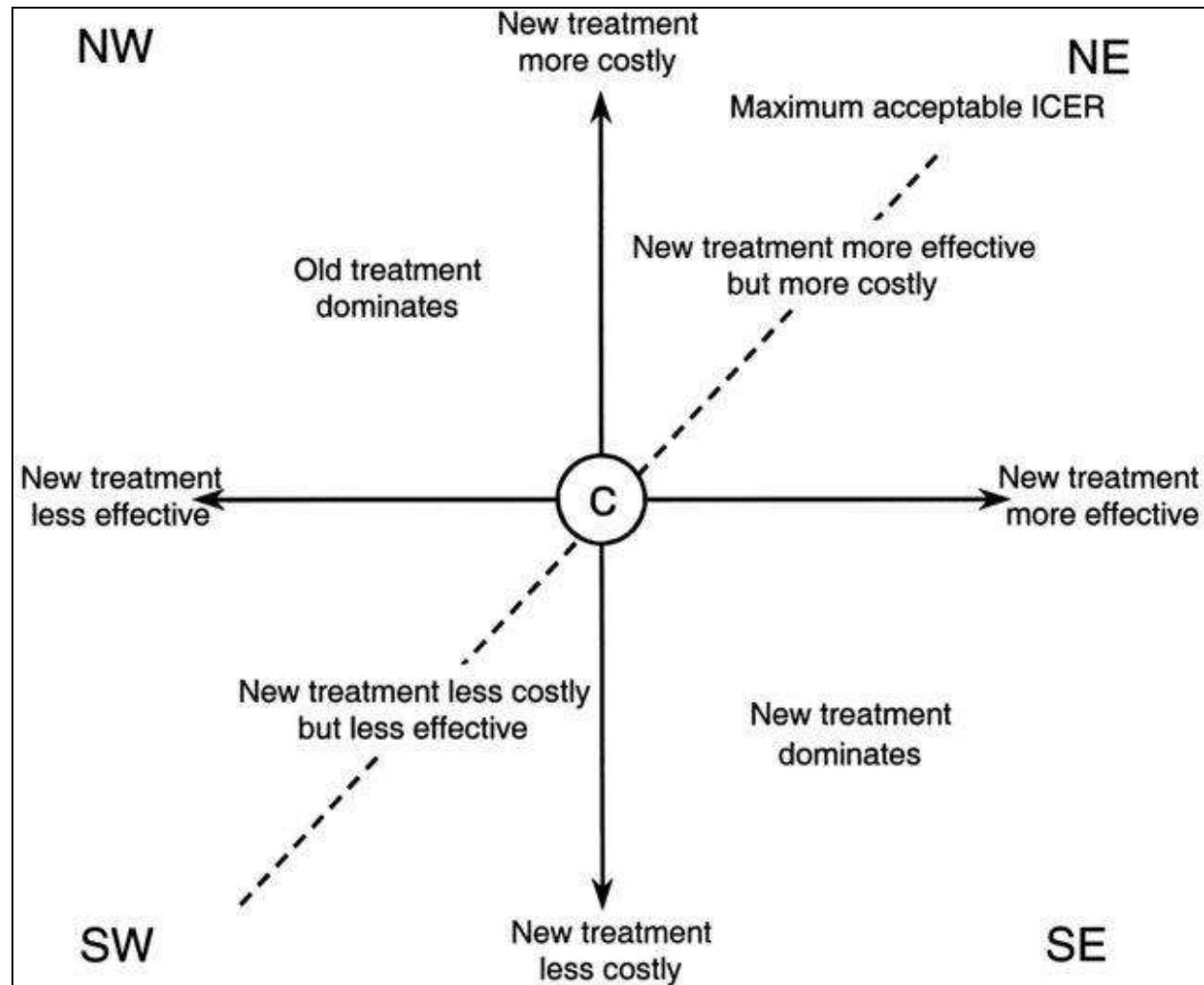


E quais benefícios deveriam ser considerados? E como deveriam ser avaliados?



Intuitivamente, pensa que esta intervenção seria custo-efetiva no contexto português?

Plano de custo-efetividade

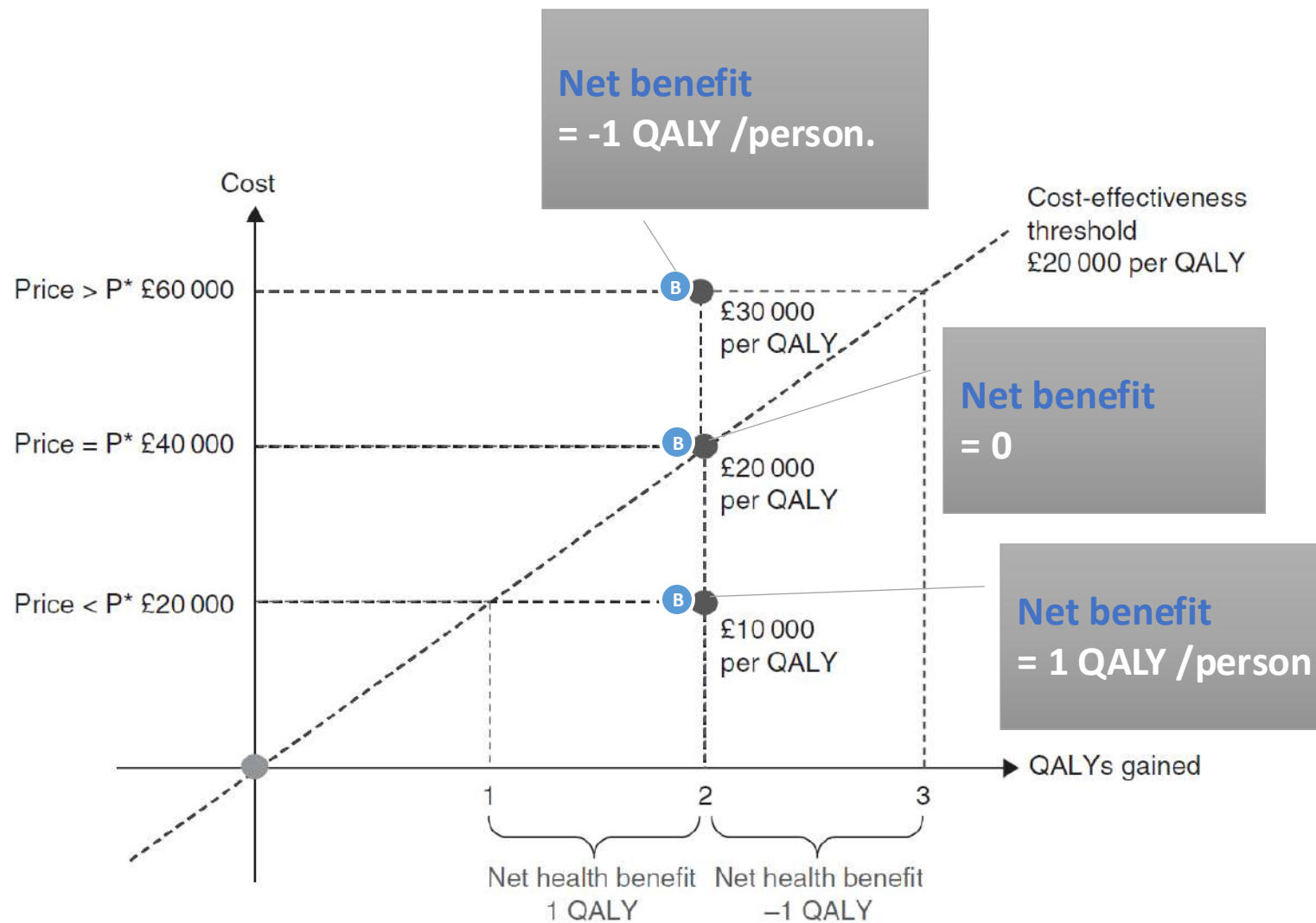


Rácio de custo-efetividade incremental

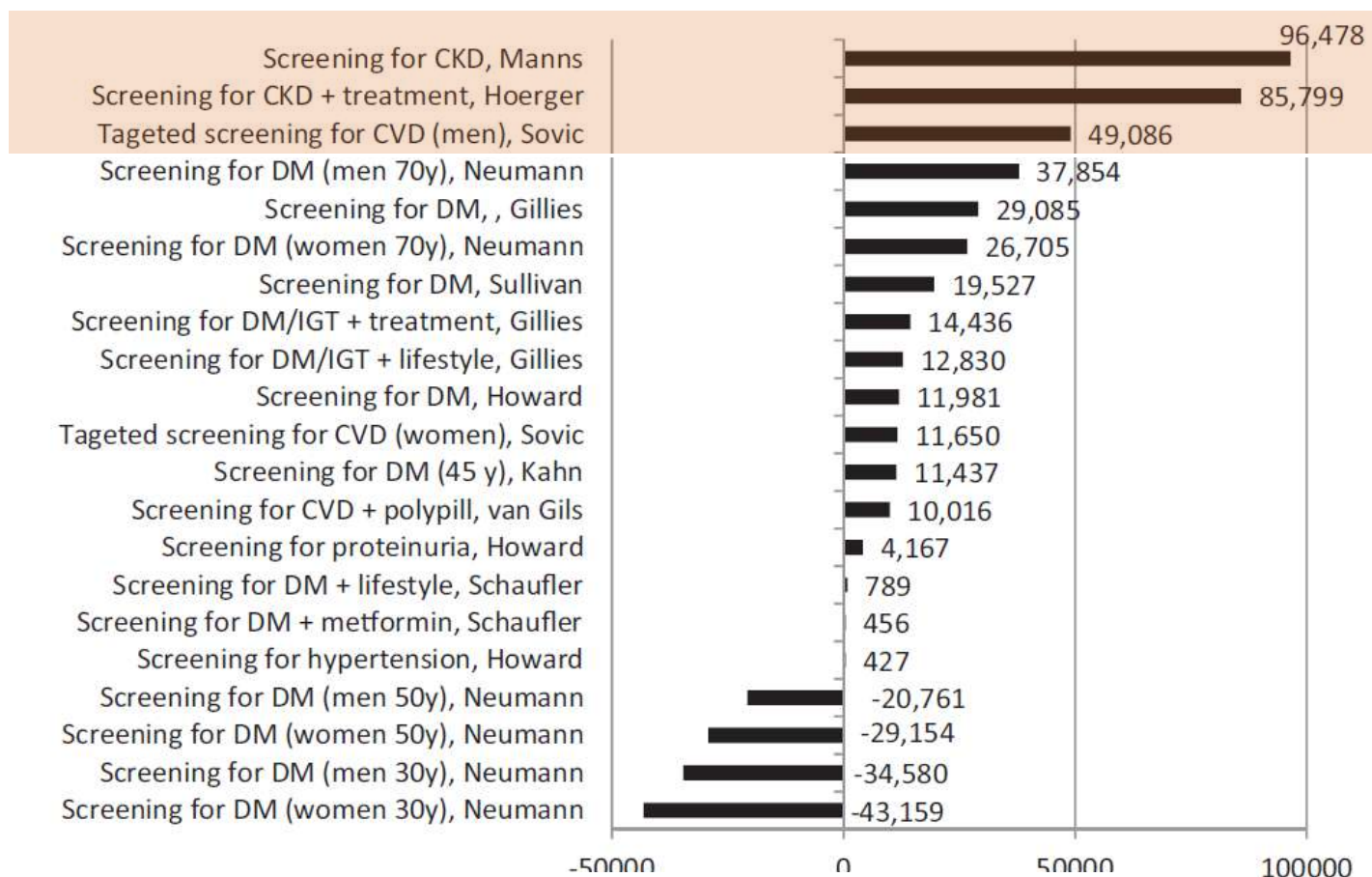
$$RCEI = \frac{C_A - C_B}{E_A - E_B}$$

- C_A : custo total da alternativa A
- C_B : custo total da alternativa B
- E_A : efetividade da alternativa A
- E_B : efetividade da alternativa B

RCEI e custo de oportunidade



- Comparison of screening programs of cardiometabolic diseases



Unit: 2014 US\$; N=10.

CMD = doenças cardiometabólicas; CKD = doença renal crónica; CVD = doenças cardiovasculares; DM = Diabetes mellitus; IGT= Tolerância Diminuída à Glicose.

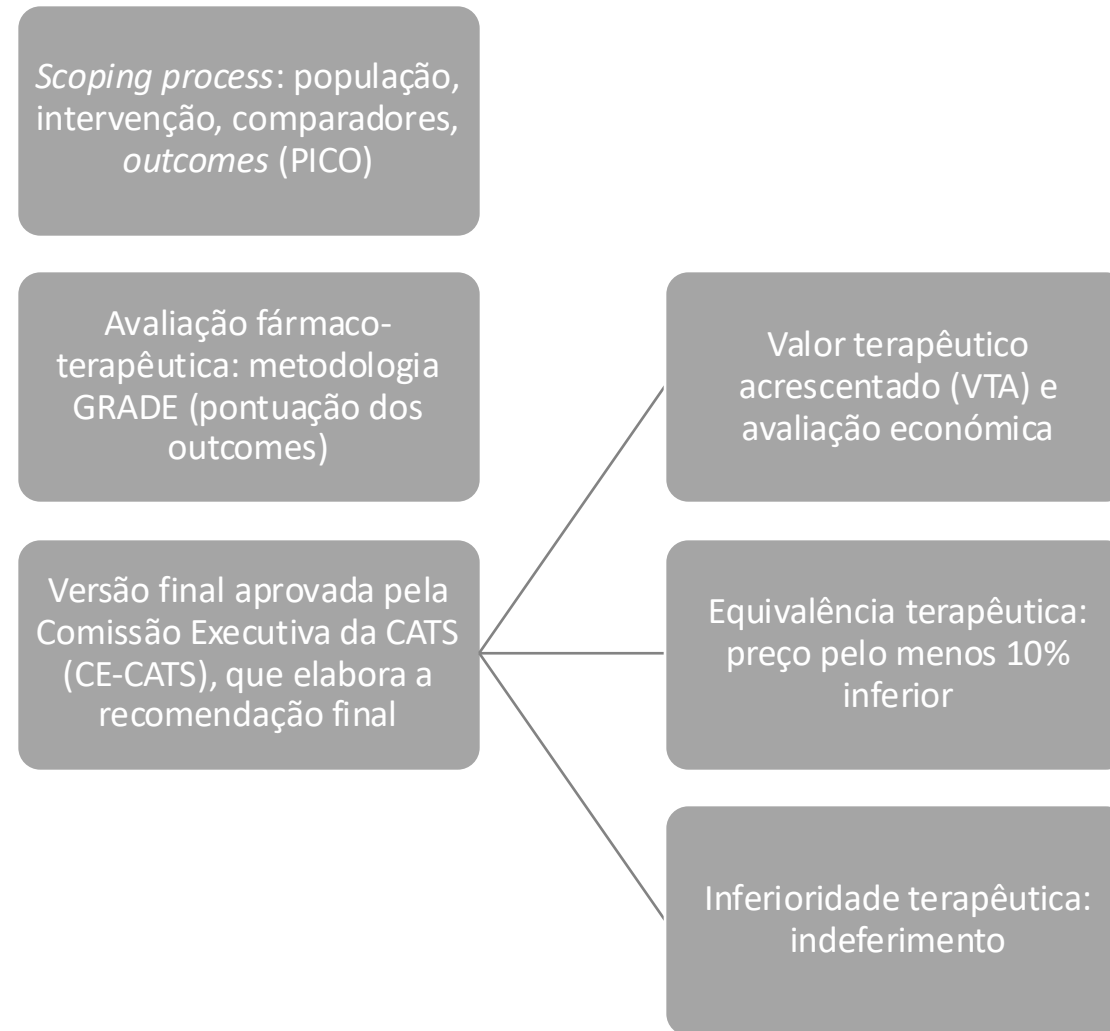
Adapted from: Hiligsmann et al. EJPH (2016) 27(4):621-631

Exercício

Uma nova intervenção (A) para seguimento em fisioterapia de alta intensidade pós AVC é avaliado, que permite a reabilitação mais rápida e melhorar a qualidade de vida. A tabela seguinte indica os custos e consequências respetivos dos tratamentos. Considera que o novo medicamento deve ser financiado, no âmbito do SNS?

	Fisioterapia convencional	Fisioterapia alta intensidade
<u>Custos</u>	1.110€	1.420€
<u>QALY</u>	0,61	0,66

O processo de avaliação de tecnologias em Portugal



O processo de avaliação de tecnologias em Portugal

- ✓ Avaliação económica suportada/limitada pela avaliação farmacoterapêutica
 - ✓ Comparadores
 - ✓ Efeito terapêutico (evidência utilizada)
 - ✓ População e subgrupos

Orientações para Portugal

ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

PARA ESTUDOS DE AVALIAÇÃO
ECONÓMICA DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE

1. Princípios de avaliação	
2. Comparadores	
3. População e subgrupos	
4. Avaliação do efeito terapêutico	
5. Horizonte temporal	
6. Técnicas de análise	
7. Perspetiva	
8. Identificação, medição e valoração dos custos	
9. Medição e valoração dos efeitos em saúde	
10. Desenho dos estudos e modelação	
11. Evidência e pressupostos relacionados com outros aspetos do modelo	
12. Informação com base em opinião de peritos	
13. Análise quantitativa dos dados primários de apoio à modelação	
14. Incerteza na decisão e identificação da necessidade de evidência adicional	
15. Validação	
16. Taxa de atualização	
17. Apresentação e resultados de custo-efetividade	
18. Incerteza e recolha de evidência adicional de apoio à tomada de decisão em aspetos para reavaliação ..	
19. Análise do impacto orçamental	
20. Aspetos éticos e processuais	

Medição de consequências	Técnica de análise
Mortalidade e morbilidade	Custo-efetividade
Quality-adjusted life years	Custo-utilidade
Ganhos monetários	Custo-benefício

Análise de custo-utilidade

Integra a dimensão qualidade de vida

Quality-Adjusted Life Years (QALYs) ou Anos de Vida Ajustados pela Qualidade: anos de vida ponderados pela utilidade (entre 0 e 1)

Custo-benefício

Atribuição de um valor monetário às consequências

Comparação possível com outras áreas

Indicação mais clara sobre a decisão final

Maior complexidade (Medição? Equidade?)



Escola Nacional
de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Obrigado!

Workshops sobre gestão e políticas de saúde

Parceria ENSP NOVA / Ordem dos Fisioterapeutas

WORKSHOP 4

“CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE”

Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)

21 de maio de 2025

O Estado e o Setor da Saúde

➤ Funções tradicionais do Estado na Saúde

❑ Regulação → Garantir qualidade e equidade no acesso e no financiamento.

❑ Financiamento

Sistema Saúde

Prestadores de cuidados

❑ Gestão

Contratualização estratégica

❑ Prestação

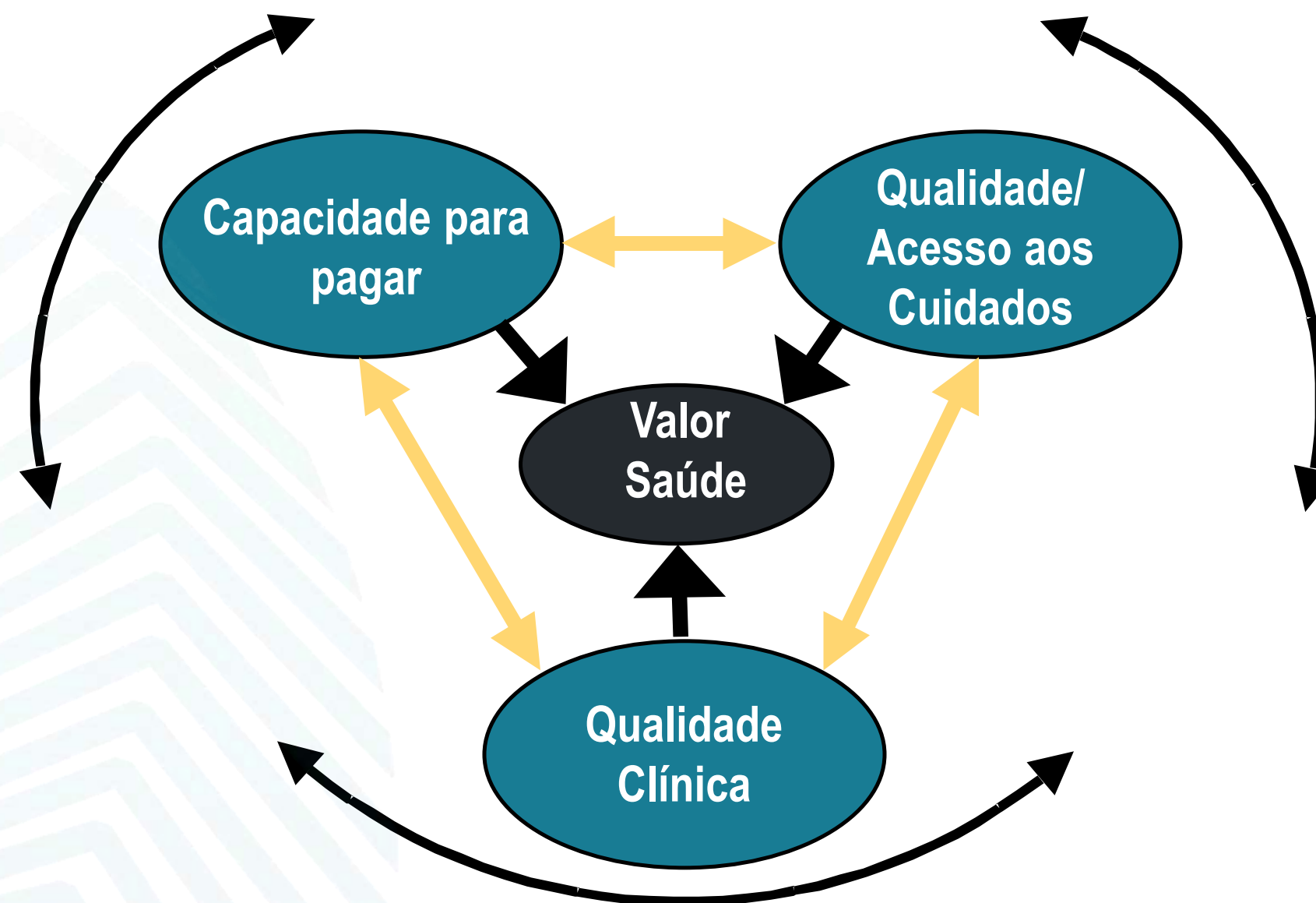
Várias combinações possíveis

- Respostas às necessidades dos cidadãos.
- Acesso adequado a cuidados de qualidade.
- Eficiência na utilização de recursos escassos.
- Ganhos em saúde e bem-estar.

Contratualização em saúde

Perspetiva
Pagador /
Comprador

Perspetiva
Cidadão

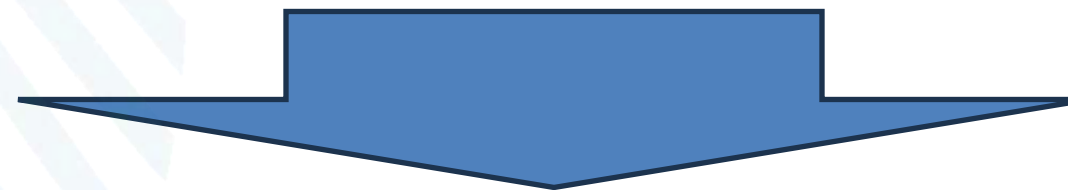


Perspetiva
Clínica

Contratualização em saúde

➤ Conceito

“Forma de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, sustentada num sistema de informação que permita um planeamento e avaliação eficazes, considerando como objeto do contrato metas de produção, acessibilidade, qualidade e eficiência.”



Governança Clínica e de Saúde

Contratualização em saúde | Contratualização estratégica

- Compra estratégica significa processo ativo, baseado na evidência de definir o *mix* e o volume de serviços, e seleccionar o *mix* de prestadores para maximizar os objetivos sociais.
- Um comprador estratégico faz escolhas com base em:

Necessidade de diferentes serviços

Na **efectividade** dos procedimentos disponíveis

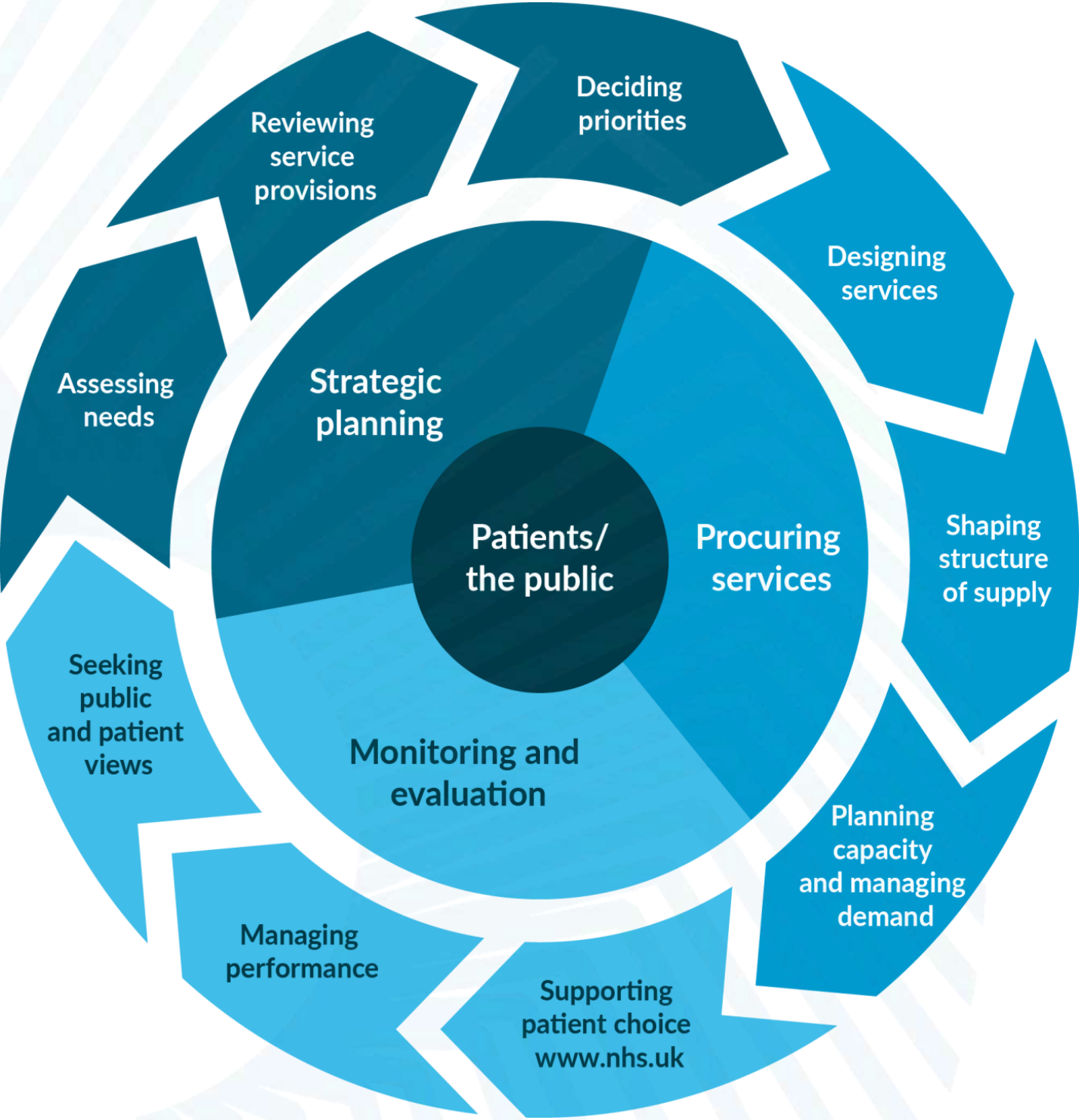
Custo efectividade relativo

Acesso a esses serviços

Eficiência e qualidade de cuidados dos vários prestadores

Contratualização em saúde | *Commissioning*

The NHS commissioning cycle



Note: “The concept of commissioning was introduced into the NHS in the early 1990s, when reforms separated the purchasing of services from their delivery, creating an ‘internal market’. @
Fonte: [What is commissioning and how is it changing?](#) Kings Fund, July 2023

A changing approach to commissioning

From ...	To ...
Health care focus	Population health focus
Organisational focus	System focus
Contract enforcer	System enabler
Transactions	Relationships and behaviours
Decision-maker	Convener for collective decisions
High bureaucracy, low trust	Low bureaucracy, high trust
Monitoring organisational performance	Monitoring system-wide performance and providing improvement support
Following national guidance	Developing local solutions

Fonte: [Thinking differently about commissioning Learning from new approaches to local planning](#), Kings Fund, February 2020.

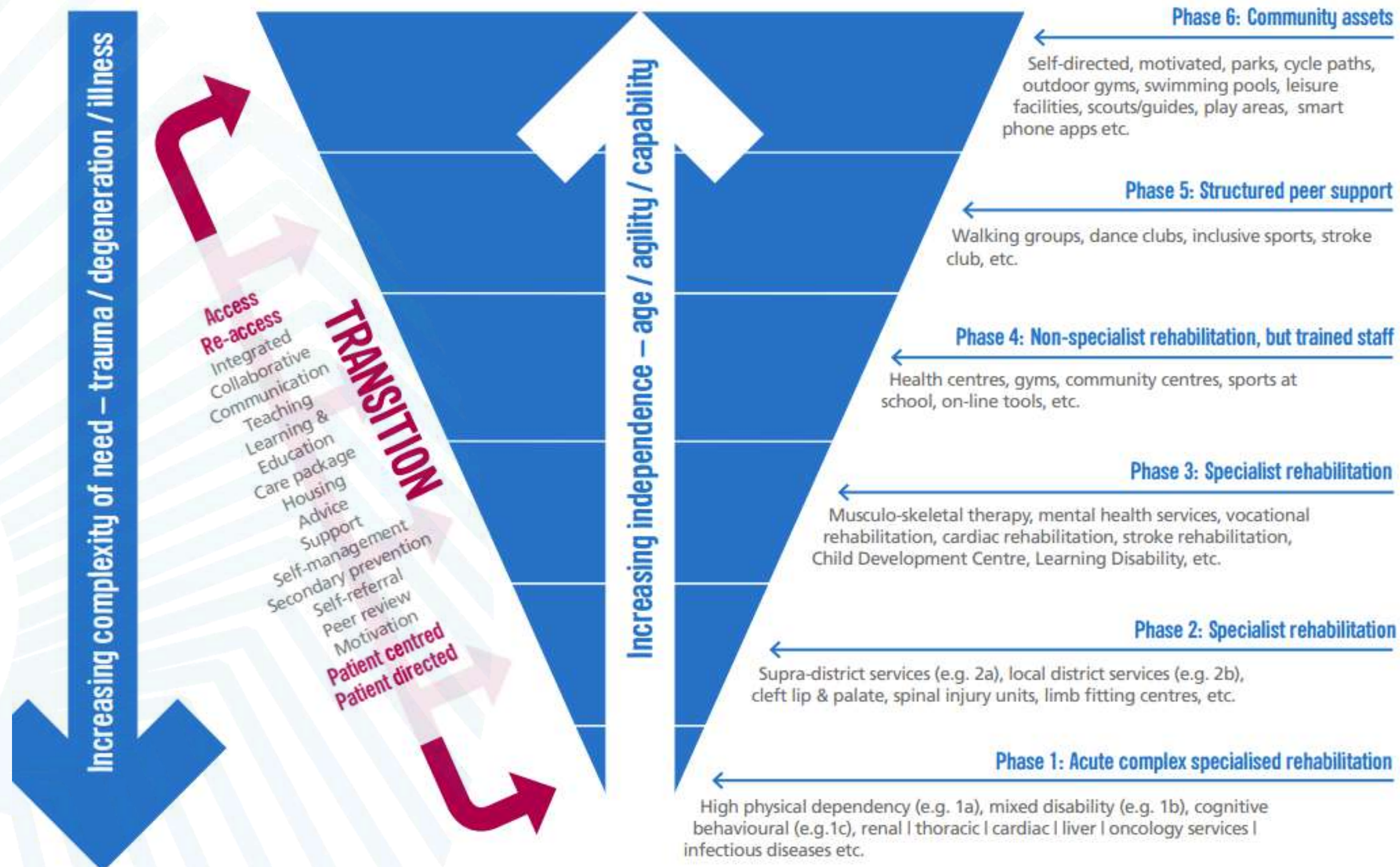
Place-based Commissioning

Place-based healthcare commissioning involves designing and delivering health services to meet the specific needs of local communities. It focusses on the unique challenges and health issues faced in each community. This approach encourages collaboration between health services, local government and community groups to improve health outcomes in a relevant way for each area.
(...)

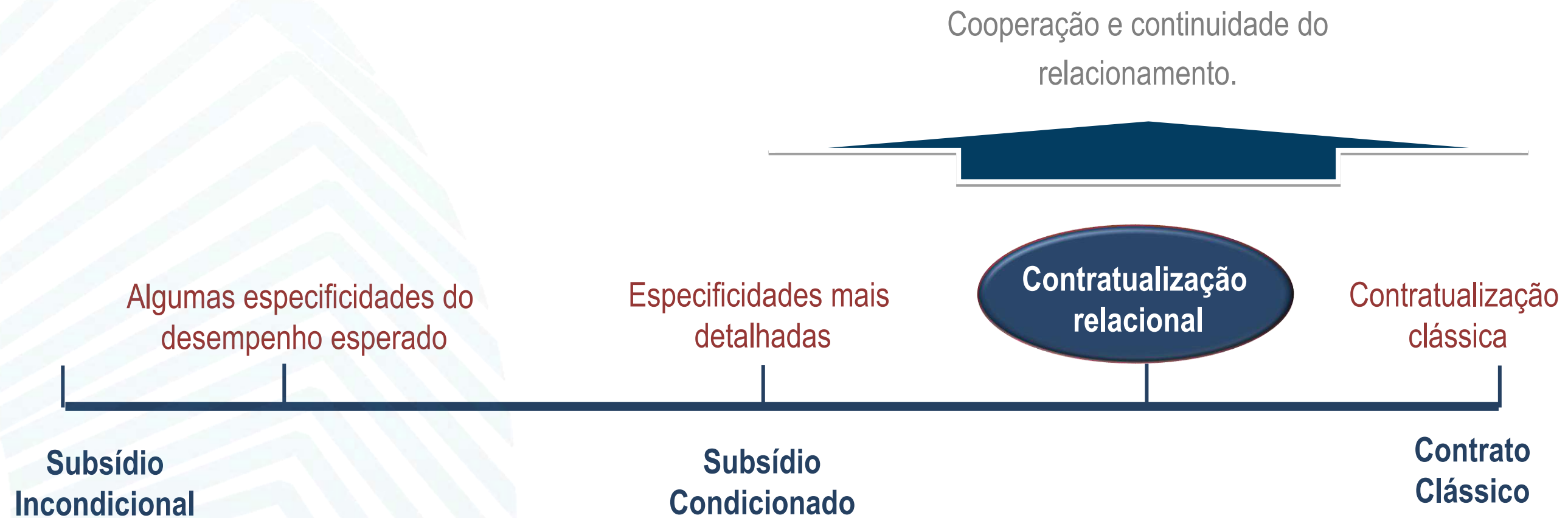
Fonte: [Place-based Commissioning Guide](#), Australian Government Department of Health, February 2025.

“Commissioning is the process of planning, purchasing, and monitoring services to meet the health and social care needs of a population. It involves assessing needs, setting priorities, planning services, procuring them, and continuously monitoring quality to ensure appropriate, high-quality care. This process is crucial for securing the best value for citizens and taxpayers”.

The Model of Rehabilitation Services



Contratualização em saúde



Contratualização em saúde | Princípios



1. Modalidades de Pagamento

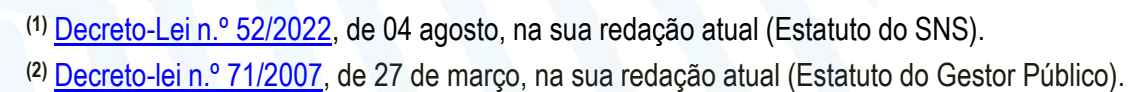
- Sinalizar os incentivos para os prestadores.
- Alinhar os incentivos com o processo global de prestação de cuidados (evitar incentivos adversos).

2. Contratação de atividade

- Contratar cuidados de saúde de acordo com as necessidades da população (aproximar oferta e procura).

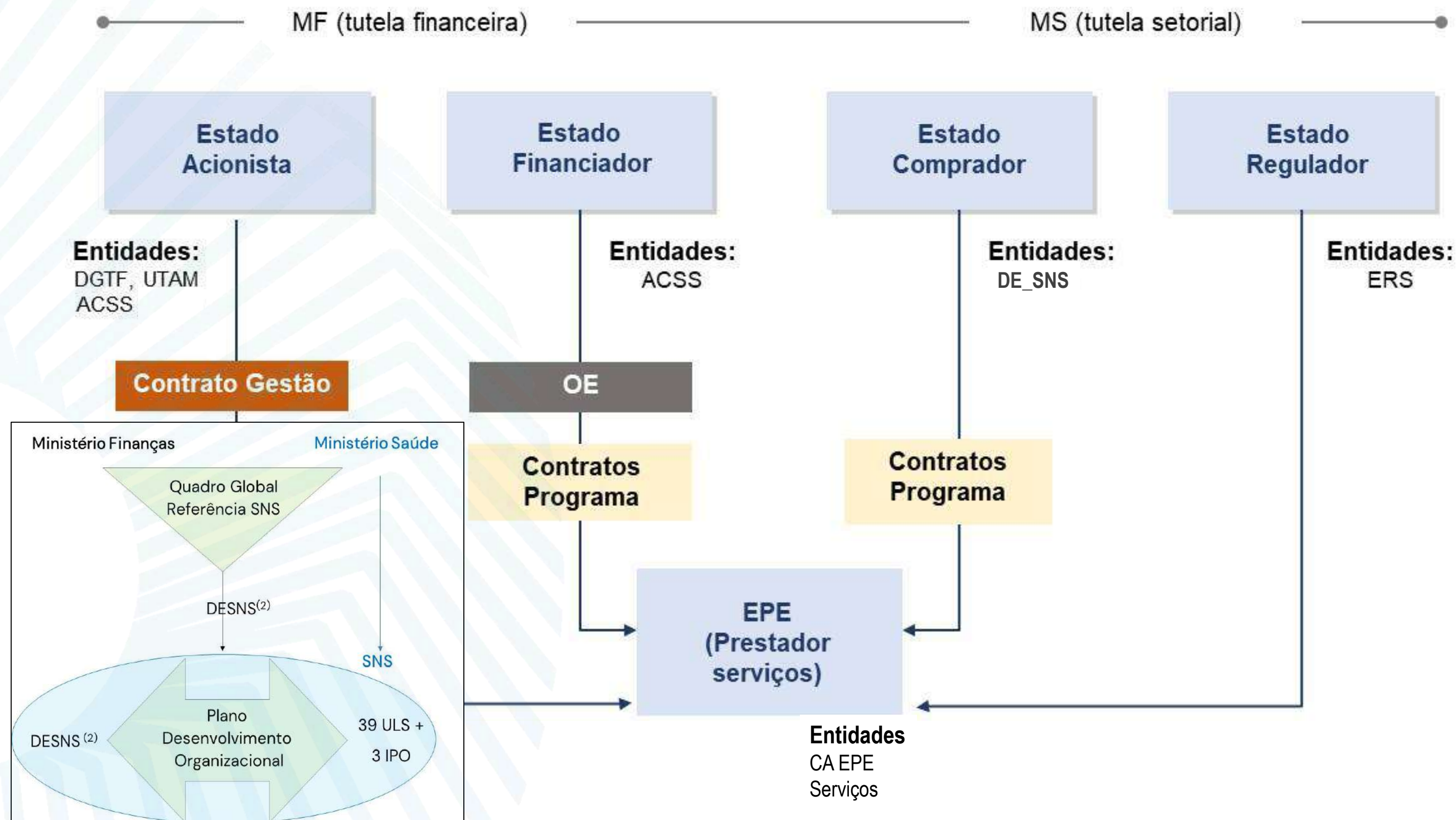
3. Medição da performance

- Processo, output e resultados.



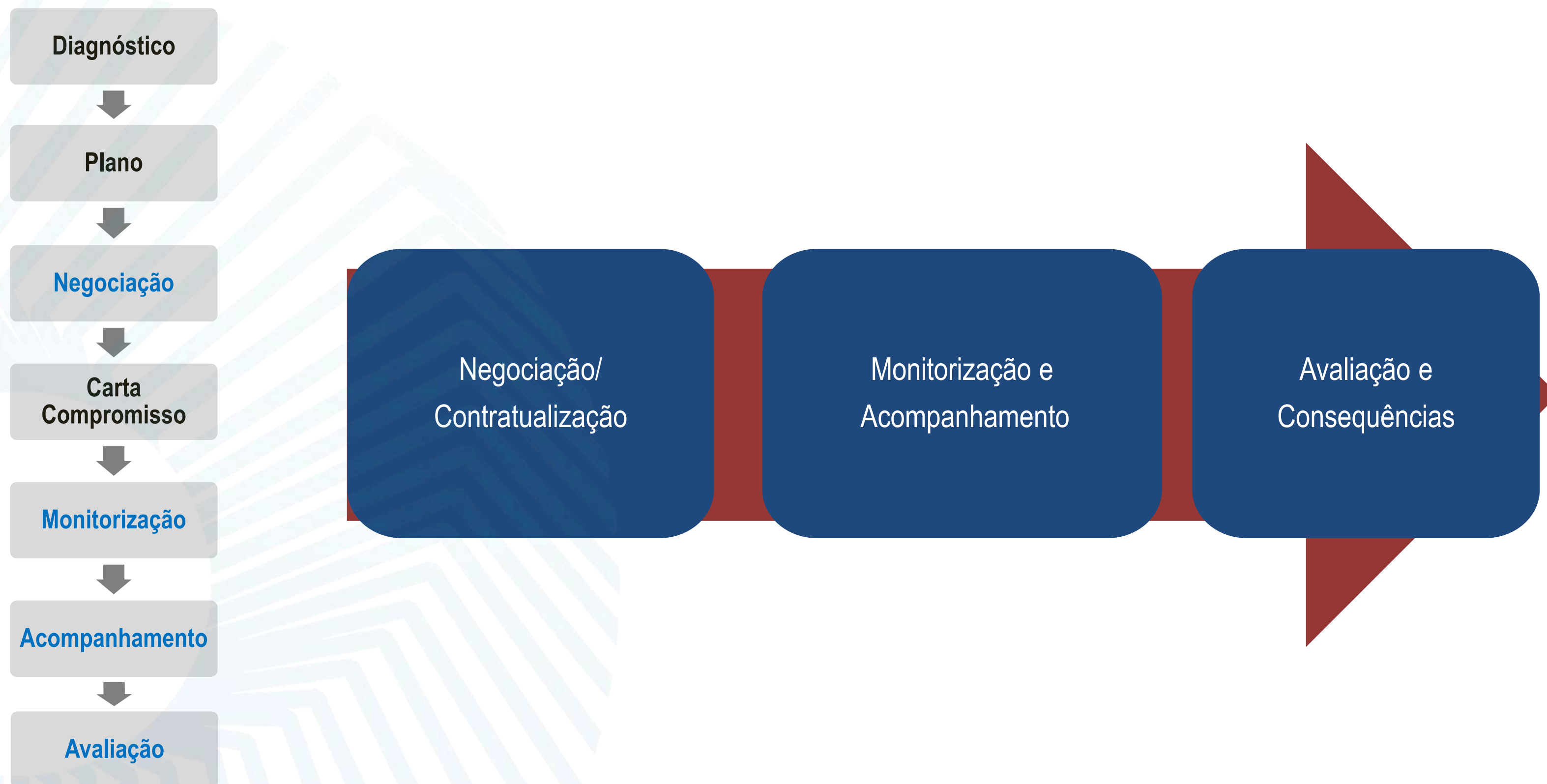
(5) [Decreto-Lei n.º 139/2013](#), de 9 de outubro (regime jurídico das convenções).

Contratualização em saúde | Intervenientes

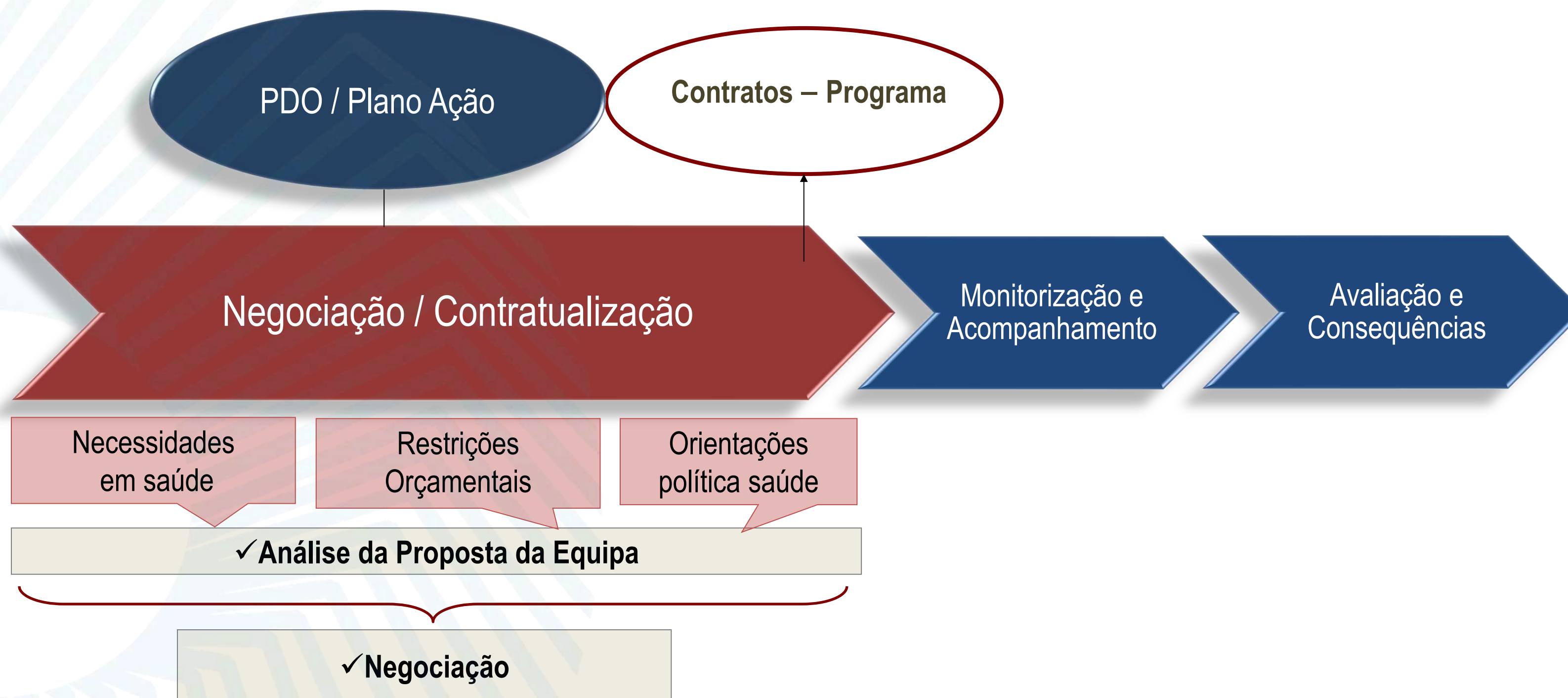


(1) Aplicável a partir de janeiro de 2024.
(2) Em articulação com a ACSS, I.P.

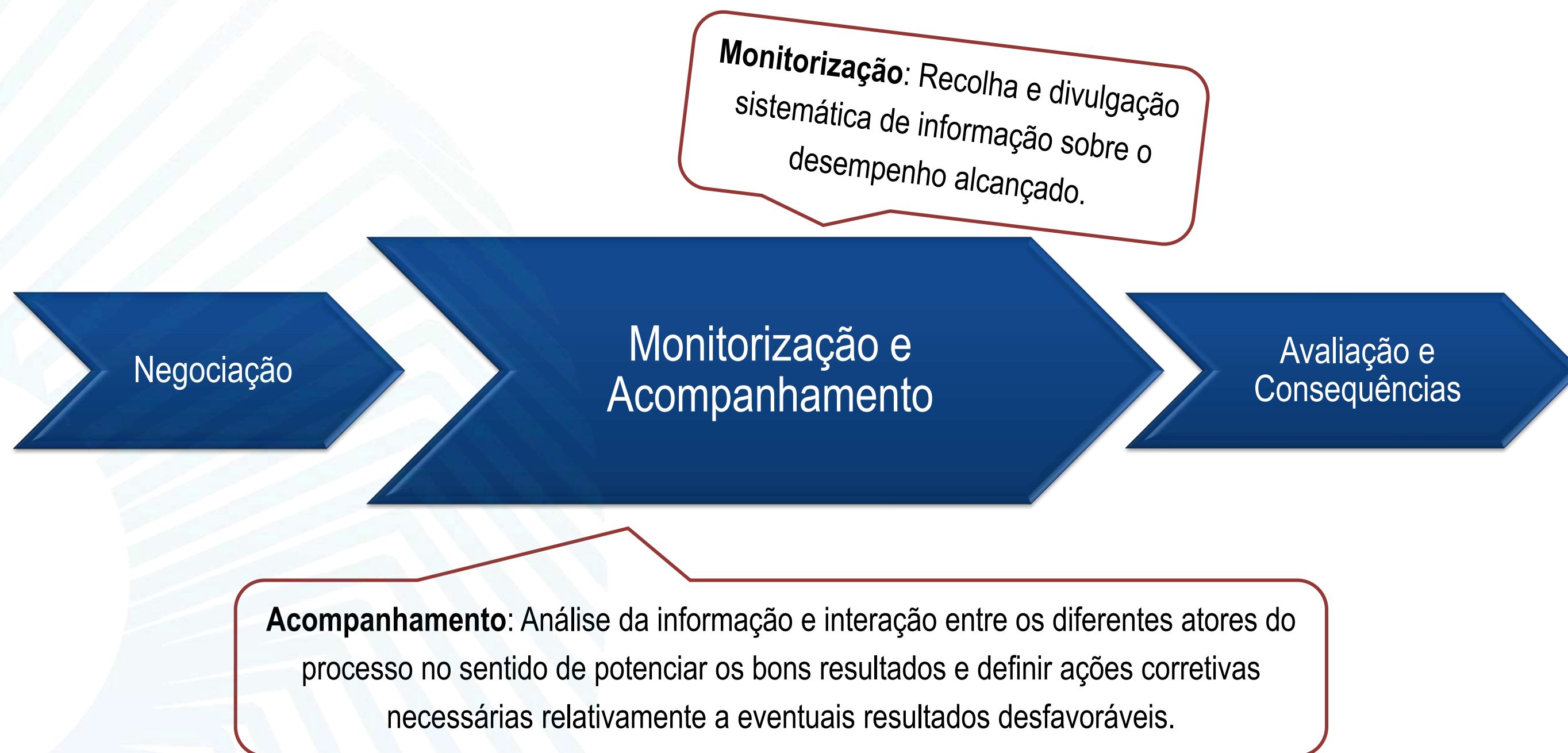
Contratualização em saúde | Fases



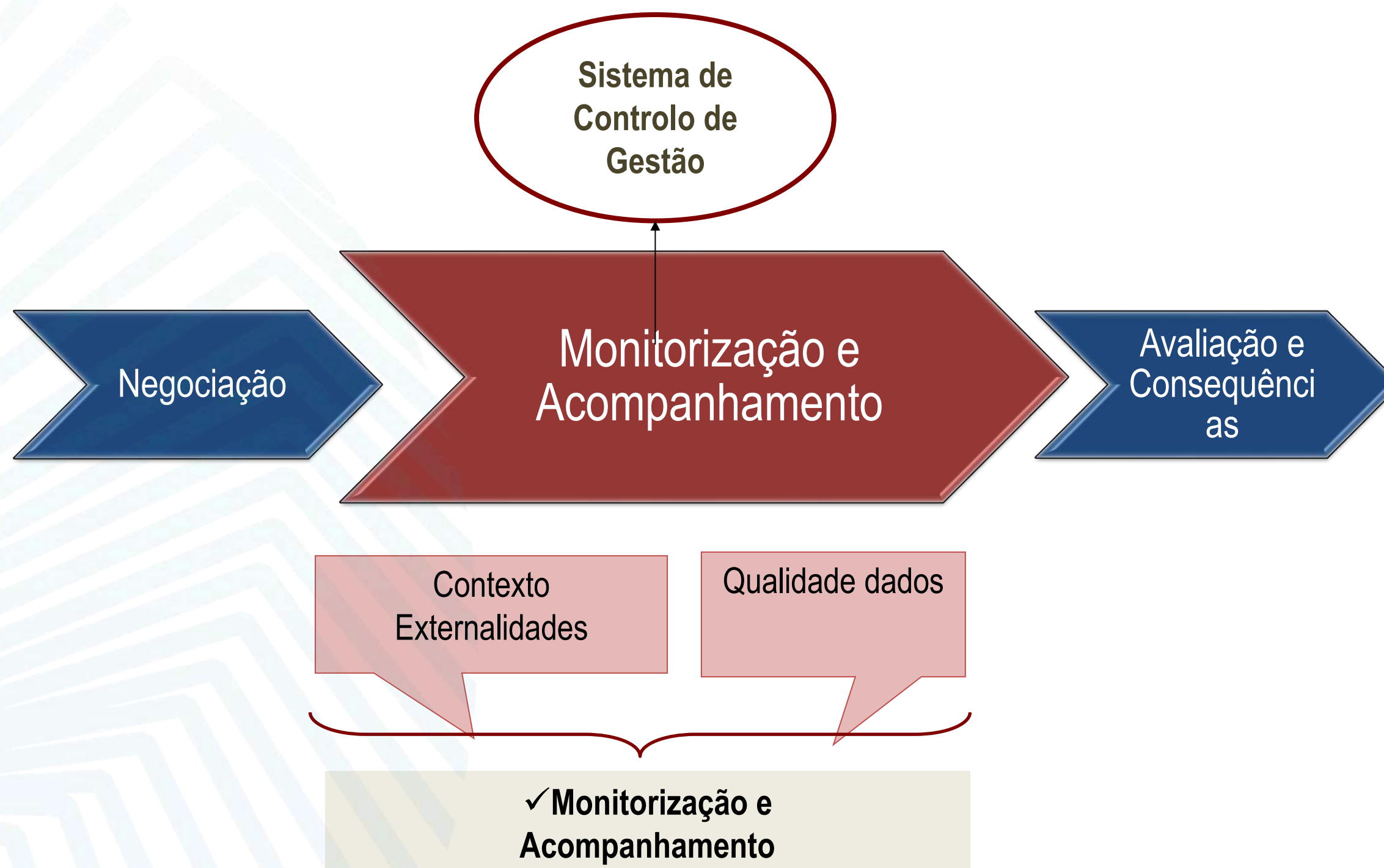
Contratualização em saúde | Fases



Contratualização em saúde | Fases



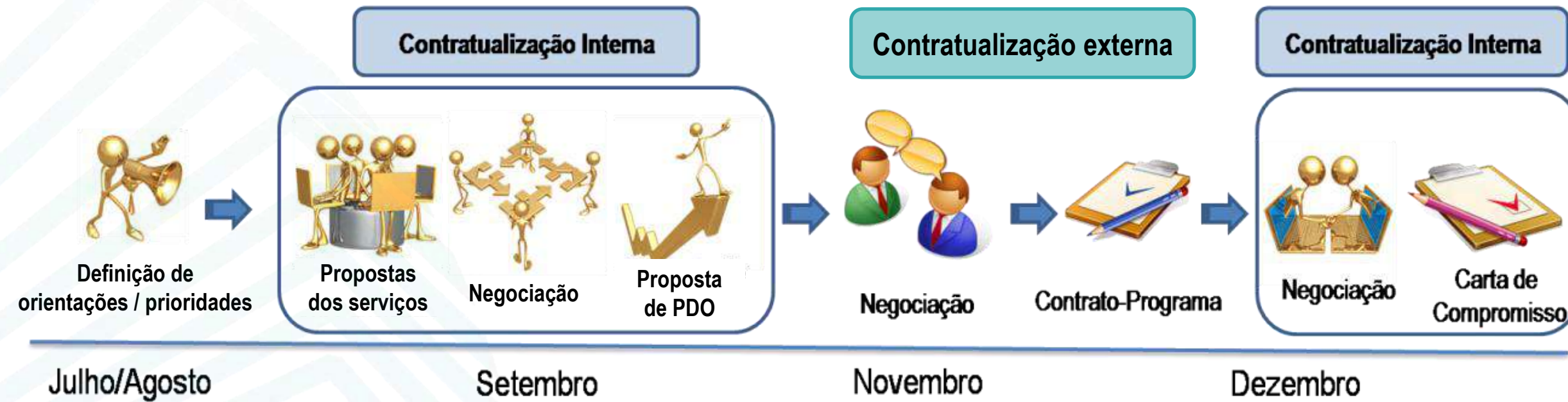
Contratualização em saúde | Fases



Contratualização em saúde | Fases

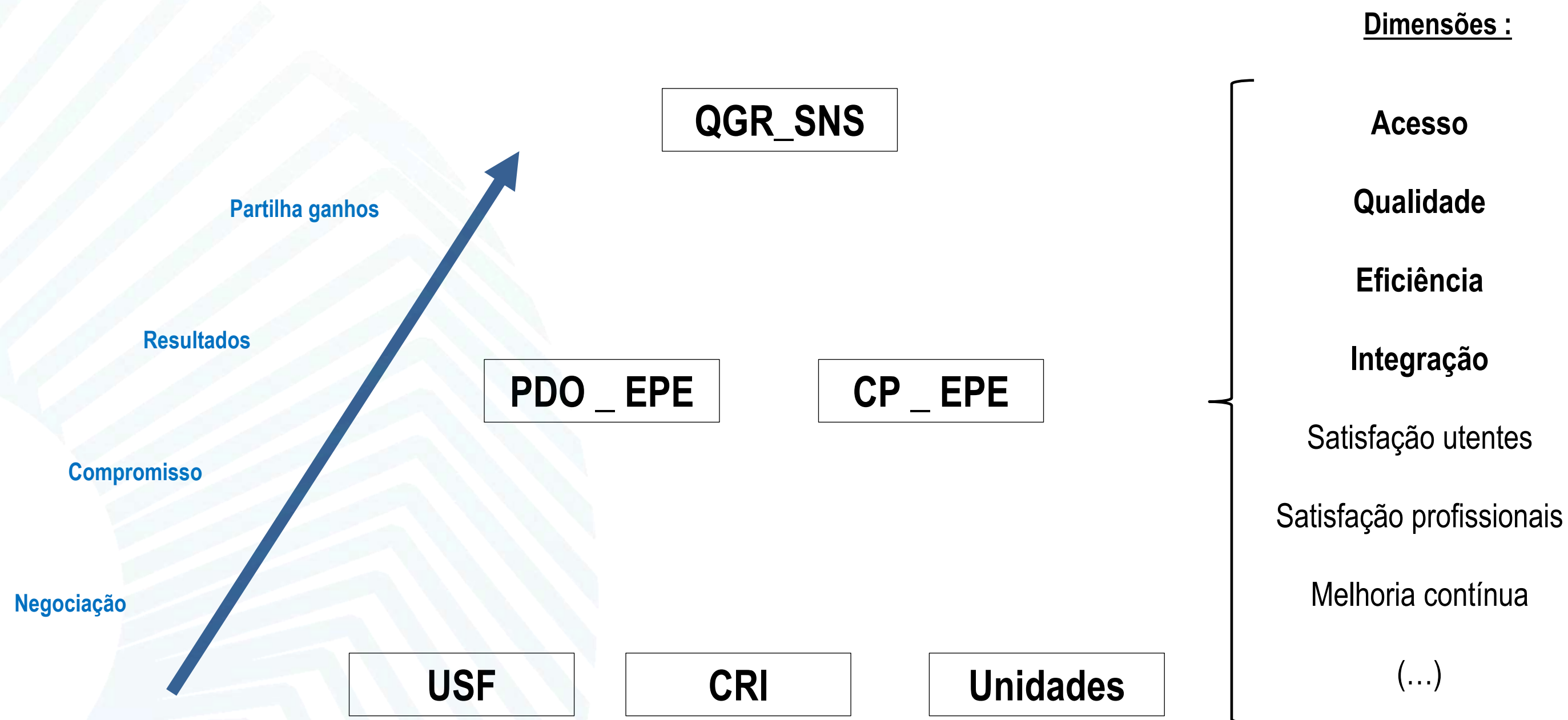


Contratualização em saúde | Externa vs Interna



Processo *Bottom-Up* de responsabilidade partilhada
Compromissos desagregados e assumidos internamente.

Contratualização em saúde | Externa vs Interna



Objetivos Chave

Acesso

Qualidade

Eficiência

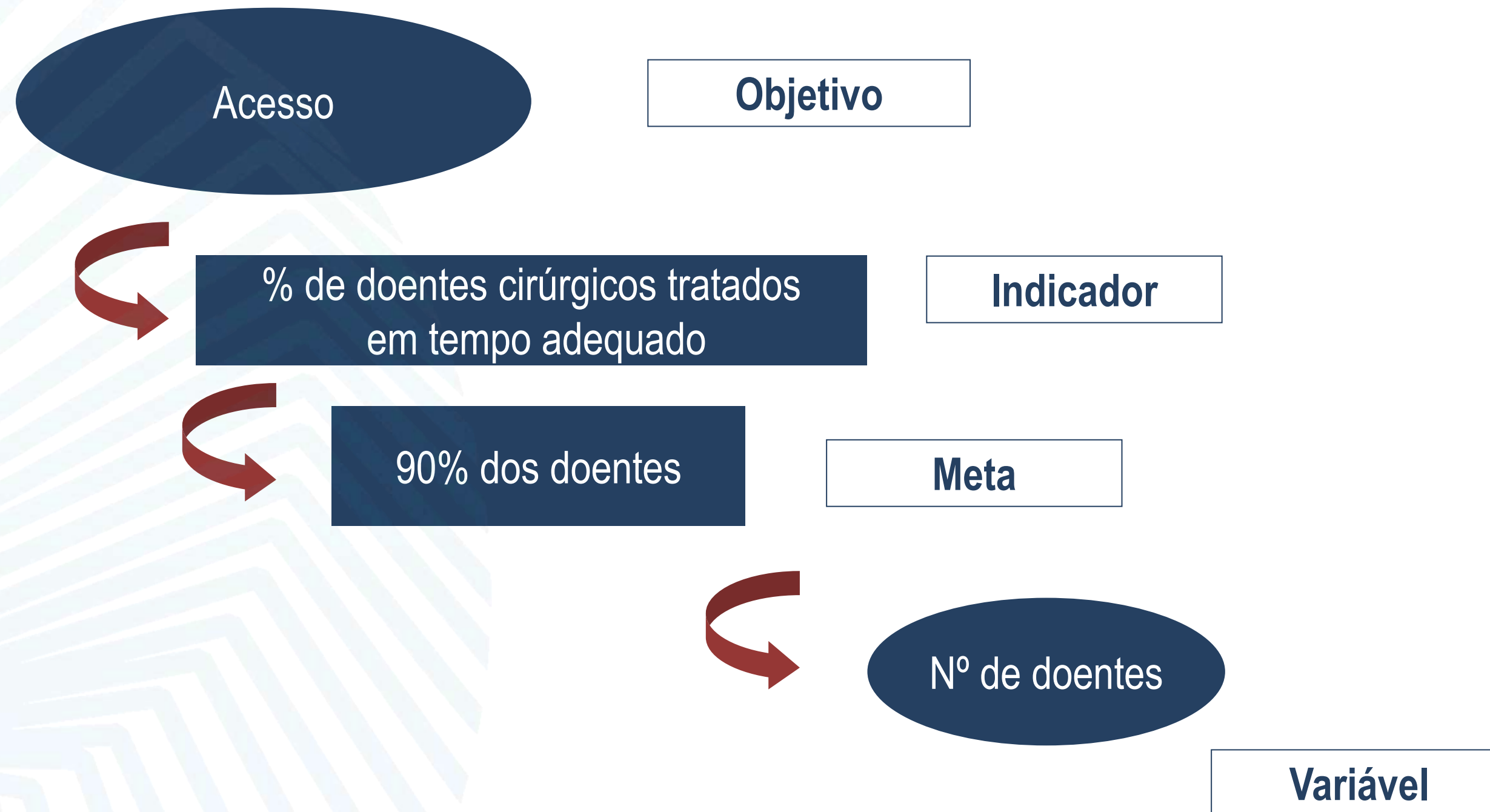
Integração

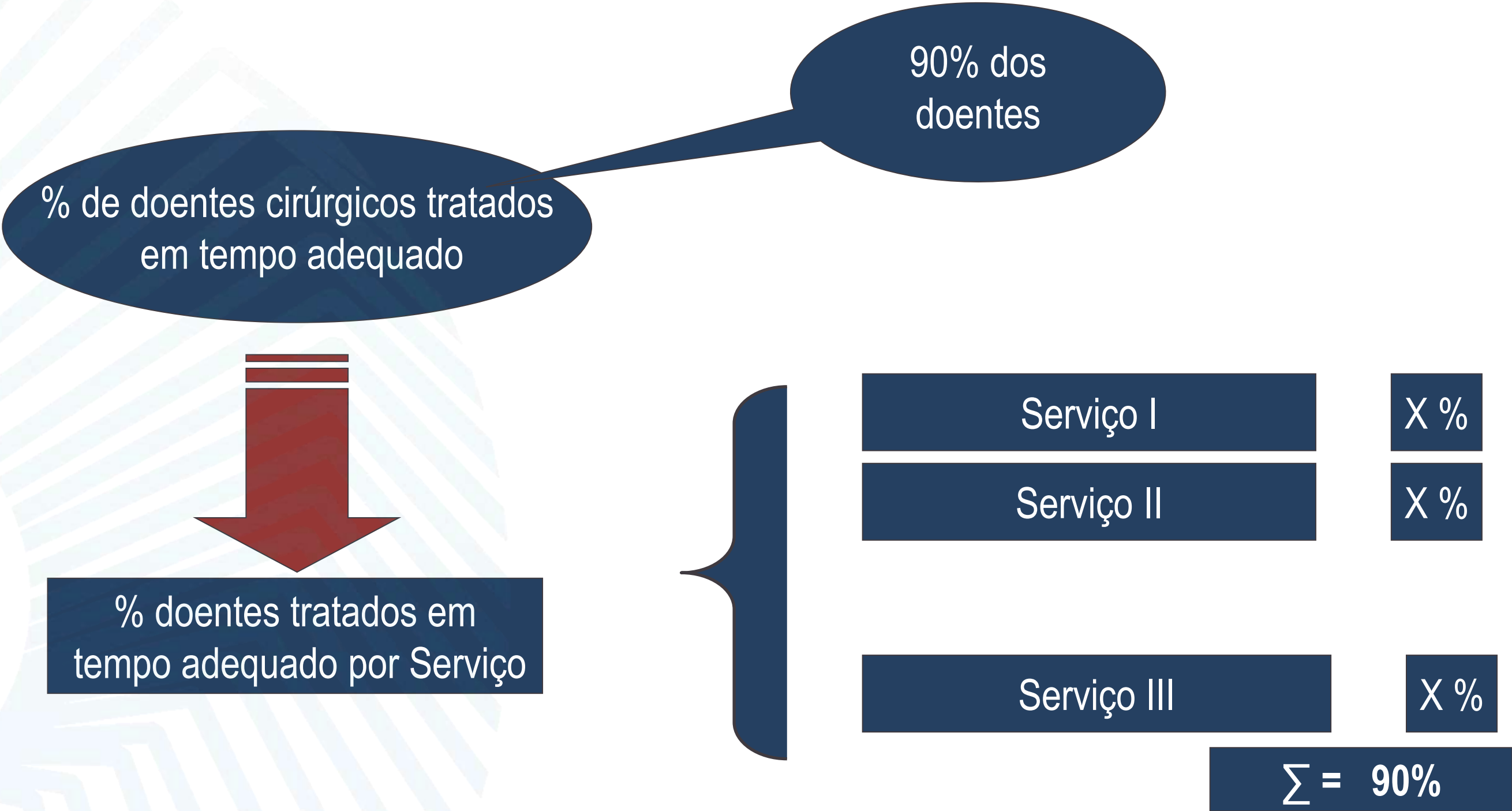
Satisfação

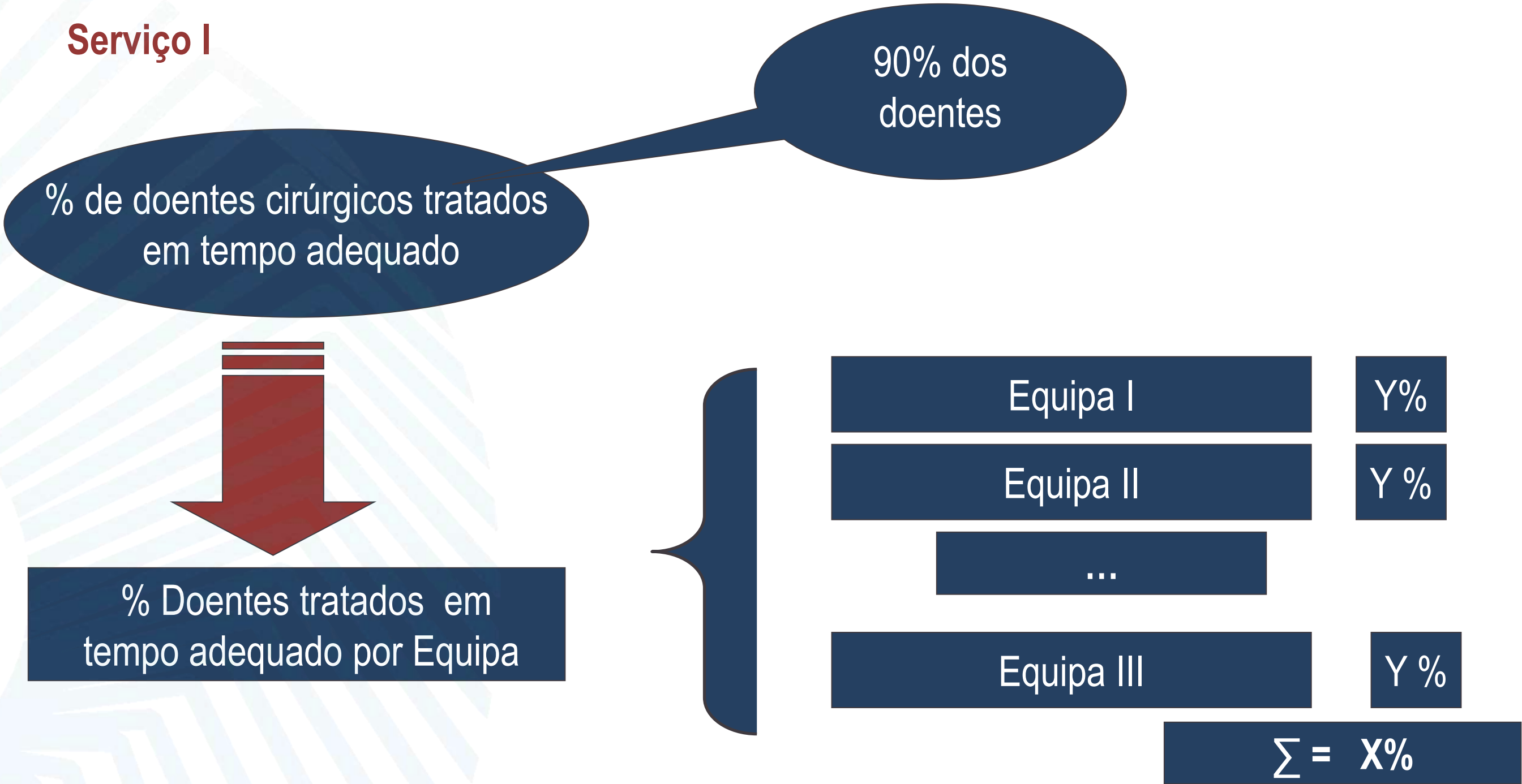
Contratualização em saúde | Externa vs Interna



Contratualização em saúde | Externa vs Interna







Caso Prático



“Simular a contratualização de um programa de telemonitorização de pessoas que vivem com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)”

Personas principais:

- **Grupo 1:** Financiadores → ACSS.
- **Grupo 2:** Compradores → DE SNS.
- **Grupo 3:** Gestores/Prestadores → CA ULS.
- **Grupo 4:** Prestadores diretos → Serviço A.
- **Grupo 5:** Prestadores diretos → Serviço B.
- **Grupo 6:** Beneficiários → Utentes.



Dimensões de intervenção de cada persona

- Descrição do papel.
- Objetivos a alcançar.
- Recursos disponíveis/necessários.
- Restrições (o que não é negociável).
- Resultados esperados.

Obrigado Pela Atenção!

Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)

Workshops sobre gestão e políticas de saúde

Parceria ENSP NOVA / Ordem dos Fisioterapeutas

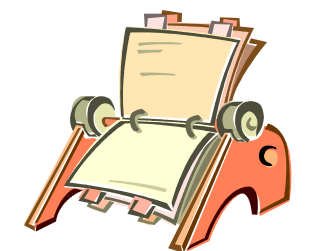
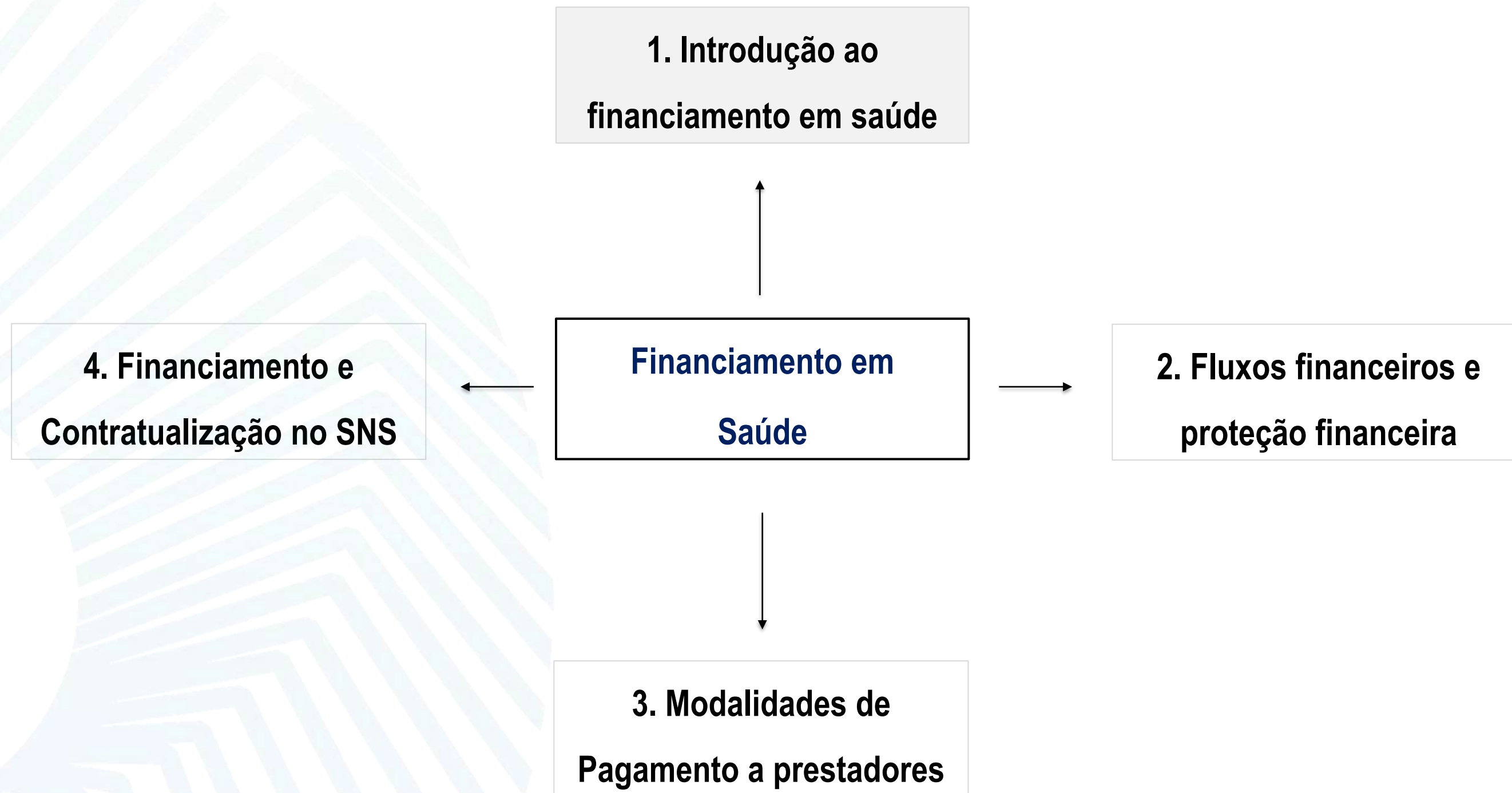
WORKSHOP 5

“FINANCIAMENTO EM SAÚDE”

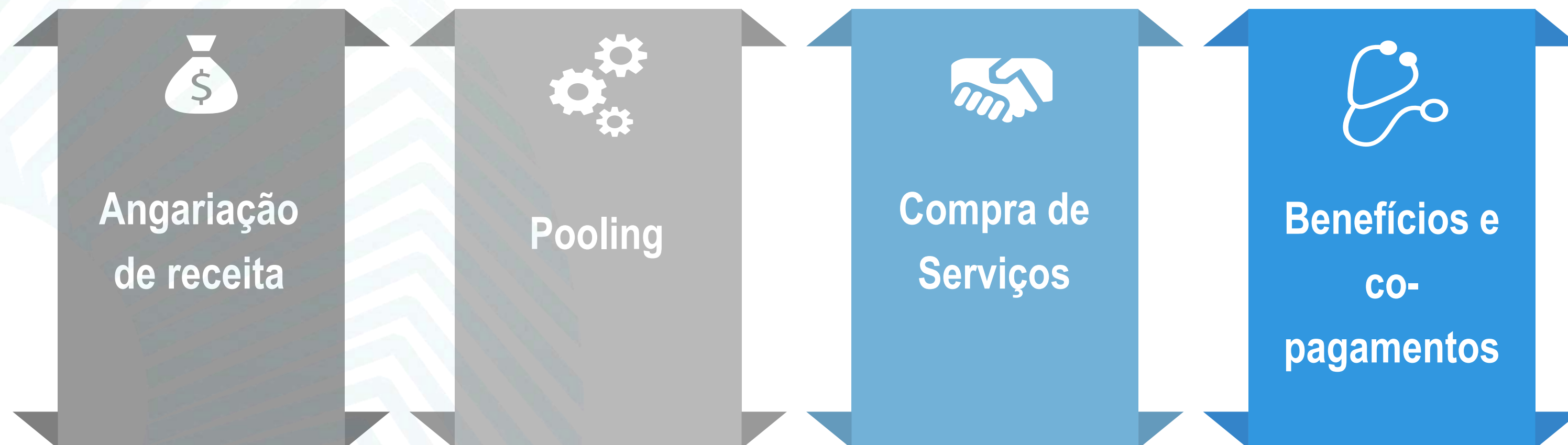
Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)

28 de maio de 2025

Agenda

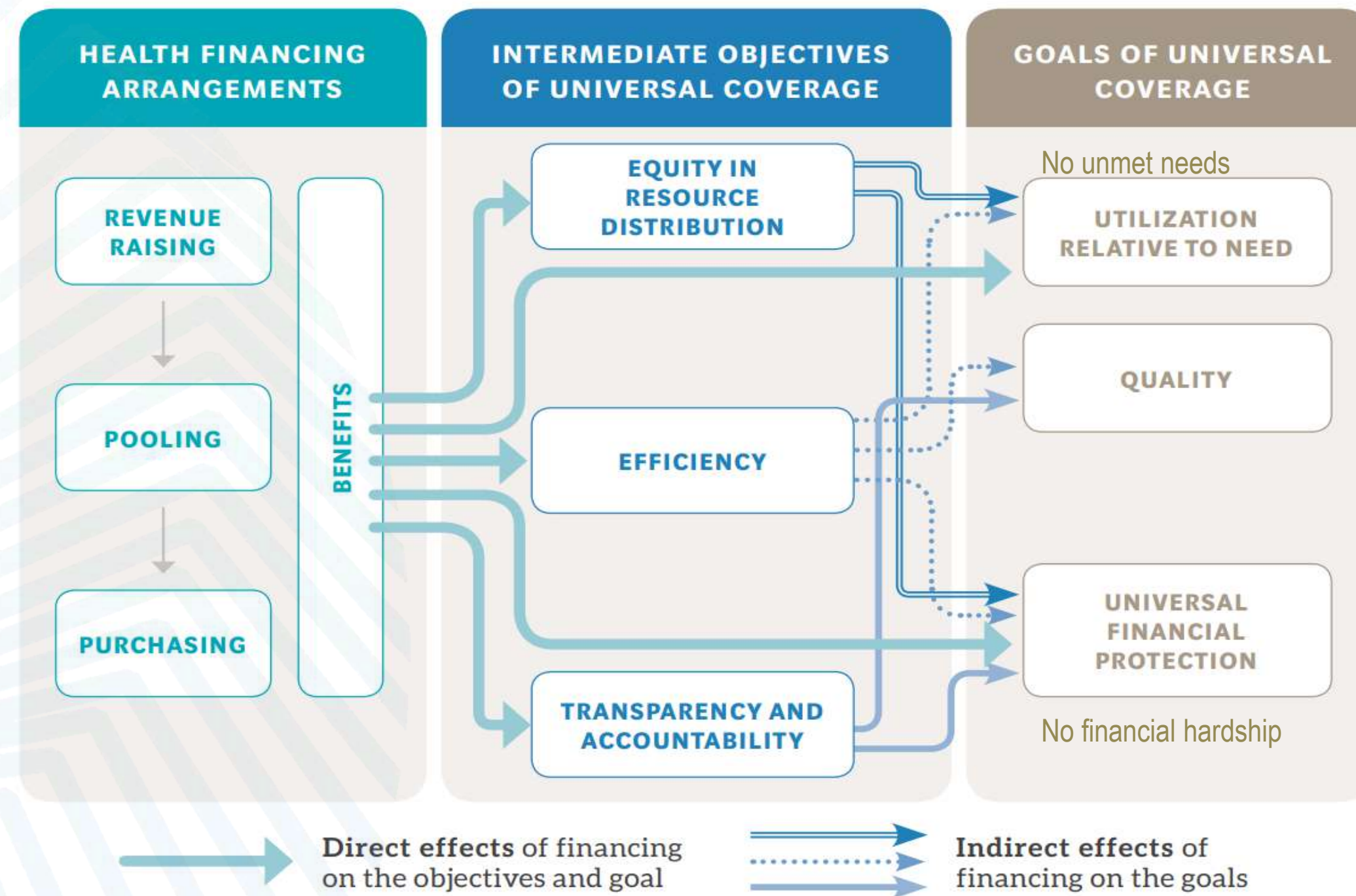


Financiamento em saúde | Componentes do processo



Financiamento em saúde | Componentes do processo

The health financing system



- ✓ todas as pessoas devem ter
- ✓ acesso aos serviços com suficiente qualidade para serem efetivos
- ✓ sem dificuldades financeiras



Não deixar ninguém para trás

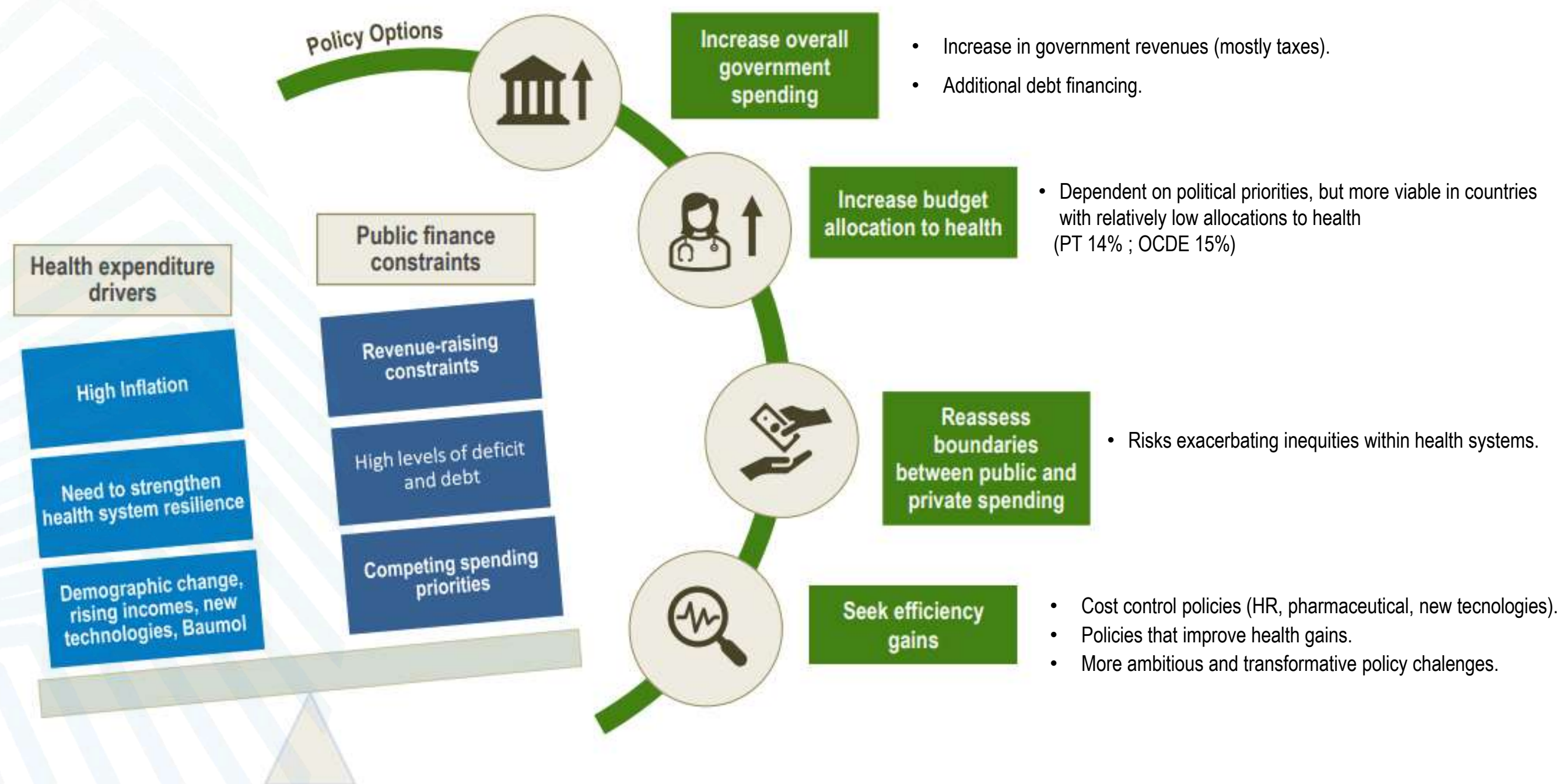


Financiamento em saúde | Características dos sistemas de saúde

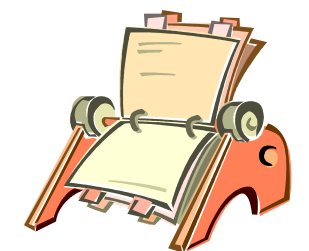
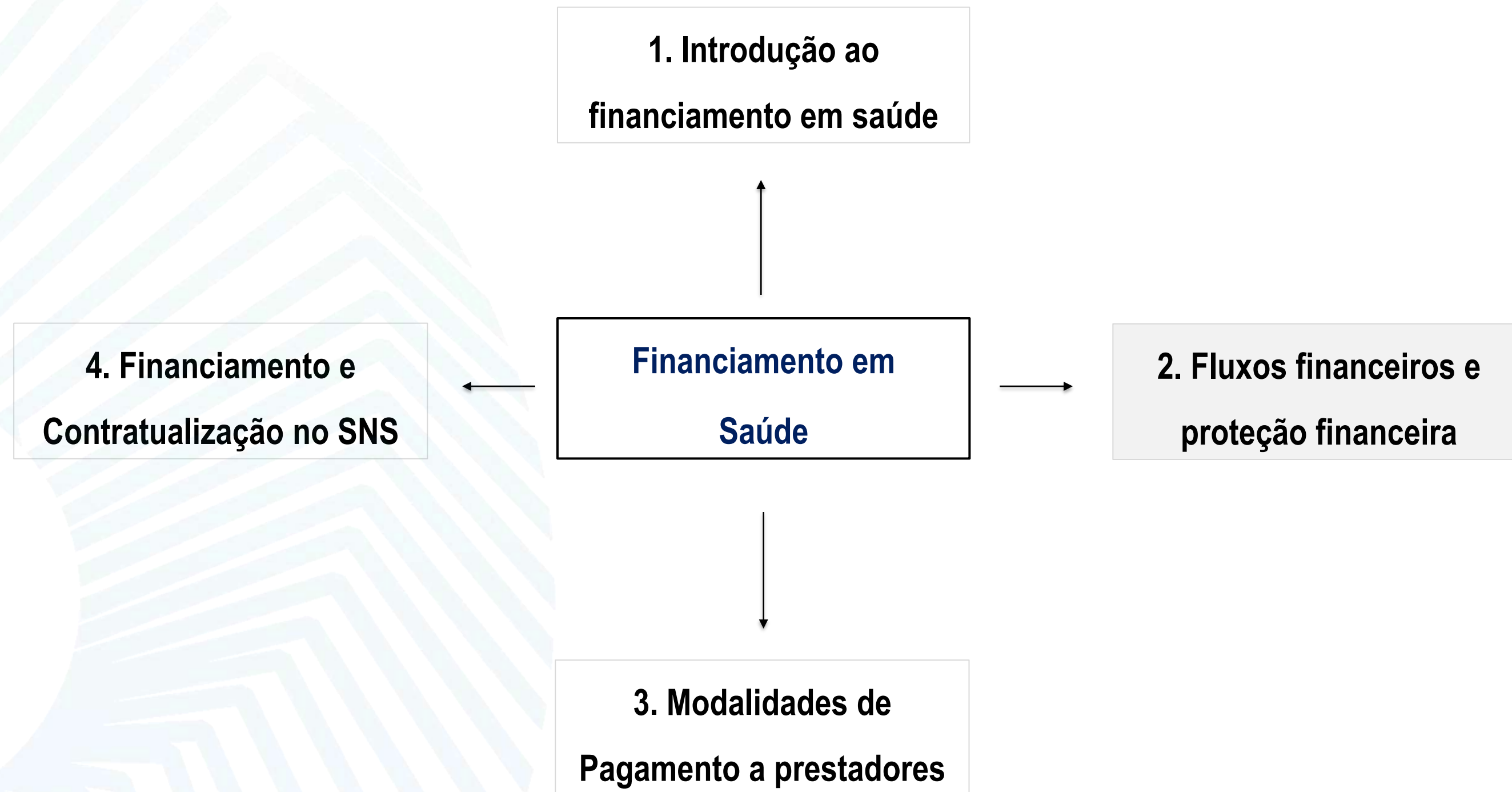
	Modelo de Beveridge	Modelo de Bismarck	Sistema Privado
Tipo	Sistema Nacional de Saúde	Seguro Social	Seguro Privado (Plural/ Multidimensional)
Conceito base	Cuidados de Saúde financiados e regulados pelo Estado	Cuidados de Saúde como direito básico garantido	Produtos de Saúde considerados, na generalidade, bens de consumo
Cobertura/adesão aos cuidados de Saúde	Universalidade na contribuição e no acesso	Universalidade não garantida; adesão obrigatória para quem cumpre os requisitos de cobertura (área geográfica, profissões)	Não oferece cobertura universal (as pessoas são obrigadas a ter seguro suportado por elas ou pagam os serviços directamente)
Acesso aos cuidados de Saúde	Depende da necessidade e não da capacidade de pagamento	Depende da necessidade e não da capacidade de pagamento	Depende da capacidade p/pagar; existência de programas públicos (Medicare, Medicaid) destinados a franjas específicas da população
Organização dos serviços	Estado (forte intervenção)	Privada/ pública, nomeadamente Fundos de Doença públicos; intervenção estatal directa	Essencialmente privada (empresas privadas de seguros); intervenção estatal indirecta/ fraca
Prestação dos cuidados de Saúde	Pública ou contratualizada	Pública ou contratualizada	Privada
Determinação do pacote de serviços	Mais orientado pelo lado da oferta	Mais orientado pelo lado da procura	Orientado pelo lado da procura
Modo de financiamento	Através do pagamento de impostos (orçamento do Estado)	Contribuições de empregados/ empregadores (c/ base no salário e indep/ do nível de risco de doença individual) e Estado, via impostos	Contribuições de empregados/ empregadores: recursos privados (prémios fixados segundo o nível de risco)
Limitações do serviço	Listas de espera, procedimentos de longa aprovação, pouca liberdade de escolha do fornecedor	Excessos na utilização são comuns	Acesso baseado na capacidade para pagar
Países (paradigma dominante)	Reino Unido, Canadá, Irlanda, Suécia, Dinamarca e países do sul da Europa (Itália, Espanha, Grécia, Portugal)	Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda e Japão	EUA e Suíça

Financiamento em saúde | Desafios

The challenge of raising sufficient funds for health within public finance constraints



Agenda



Desafios

Equidade no financiamento

- Quem tem o ônus financeiro de pagar por serviços de saúde?

Proteção financeira

- Será que a utilização dos serviços de saúde resulta em problemas financeiros?

➤ Três conceitos:

Pagamentos Diretos (*out-of-pocket payments*):

- ✓ Qualquer pagamento formal ou informal, realizado no momento da utilização dos cuidados de saúde, prestado por qualquer prestador de cuidados de saúde.

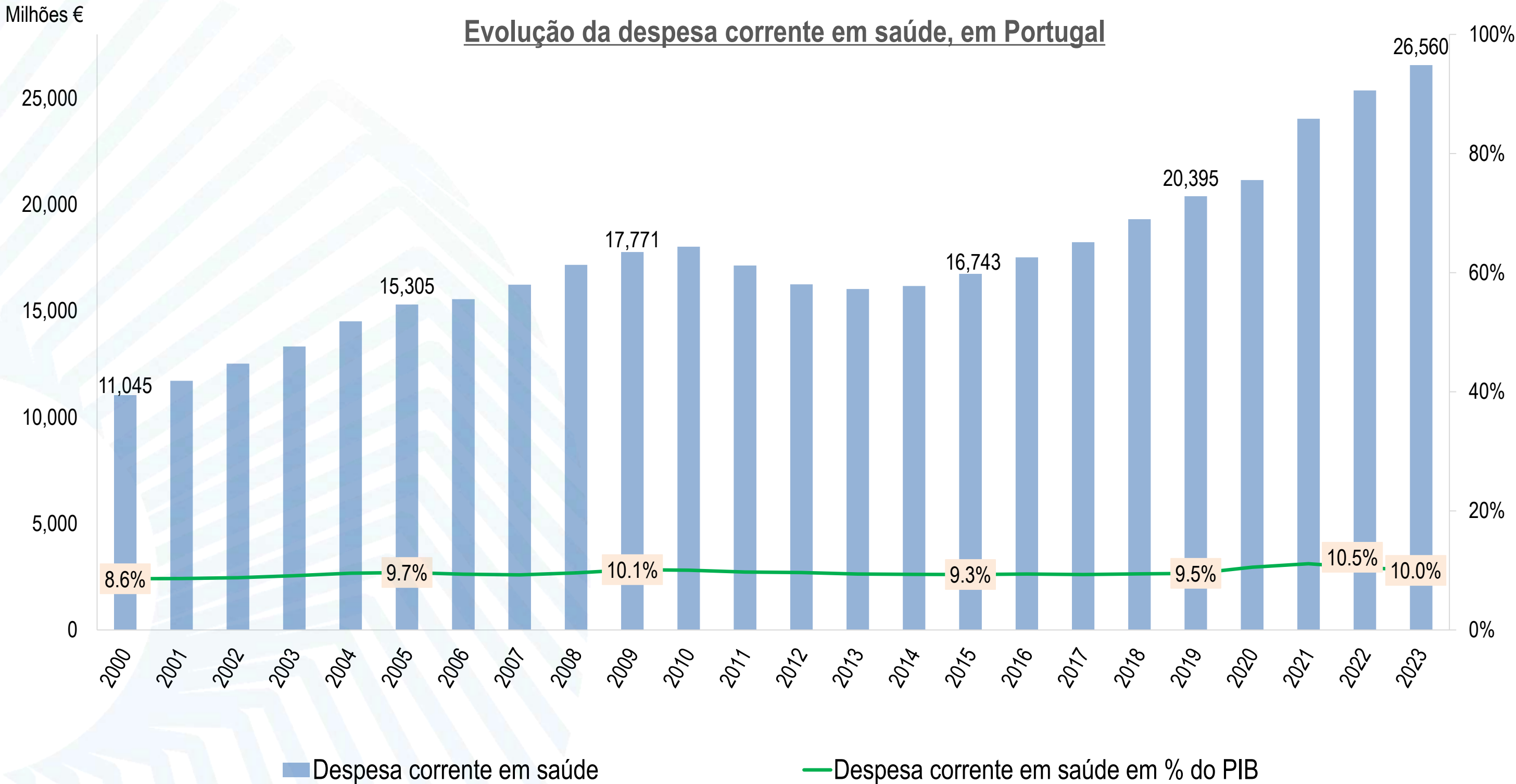
Despesas catastróficas de saúde (*catastrophic health spending*):

- ✓ Ponto a partir do qual os pagamentos diretos são tão altos (superiores a 40%) em relação aos recursos disponíveis (retirados bens essenciais) que a família é obrigada a abandonar o consumo de outros bens e serviços necessários.

Empobrecimento por pagamentos diretos (*impoverishing health spending*):

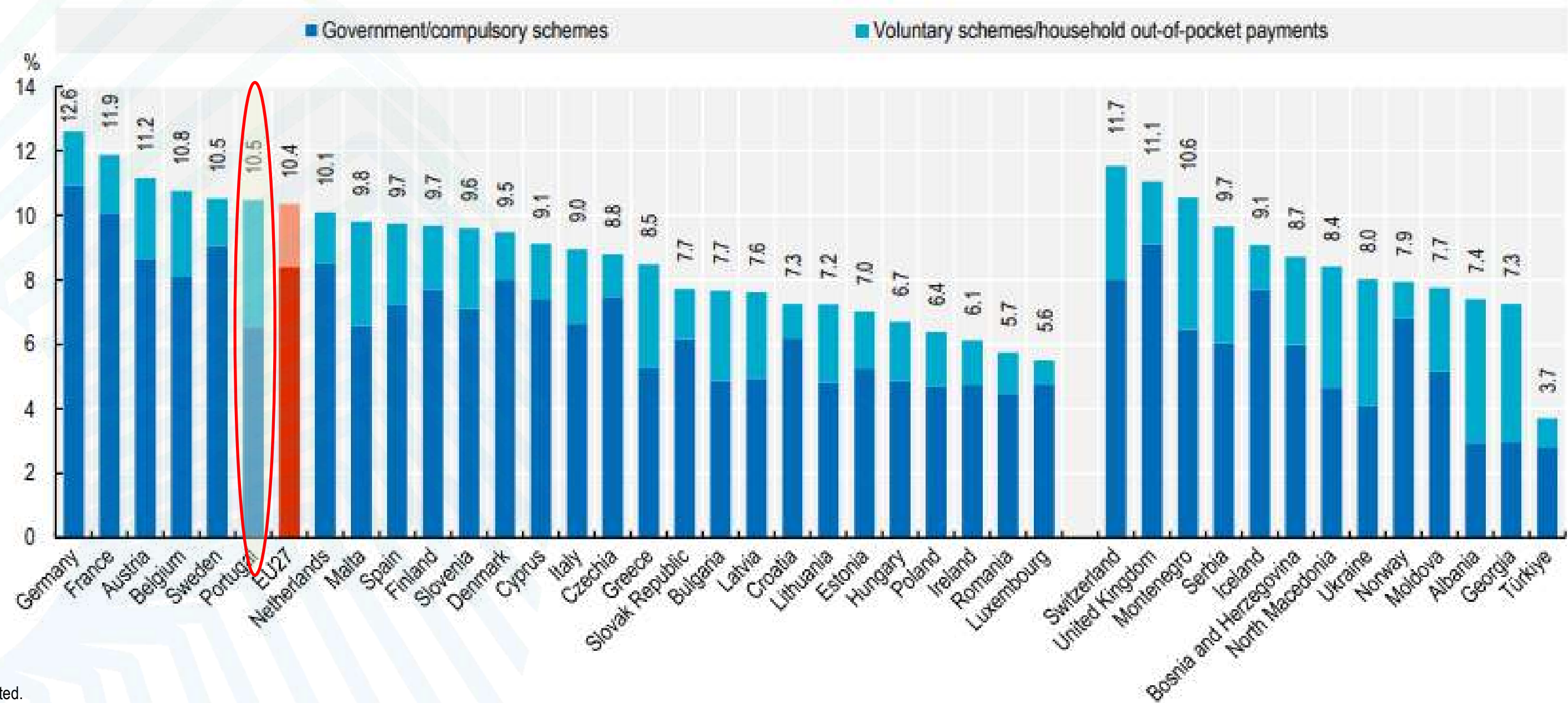
- ✓ Quando os pagamentos diretos conduzem as famílias para baixo da linha da pobreza, ou ainda mais abaixo da linha de pobreza.

Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira



Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)



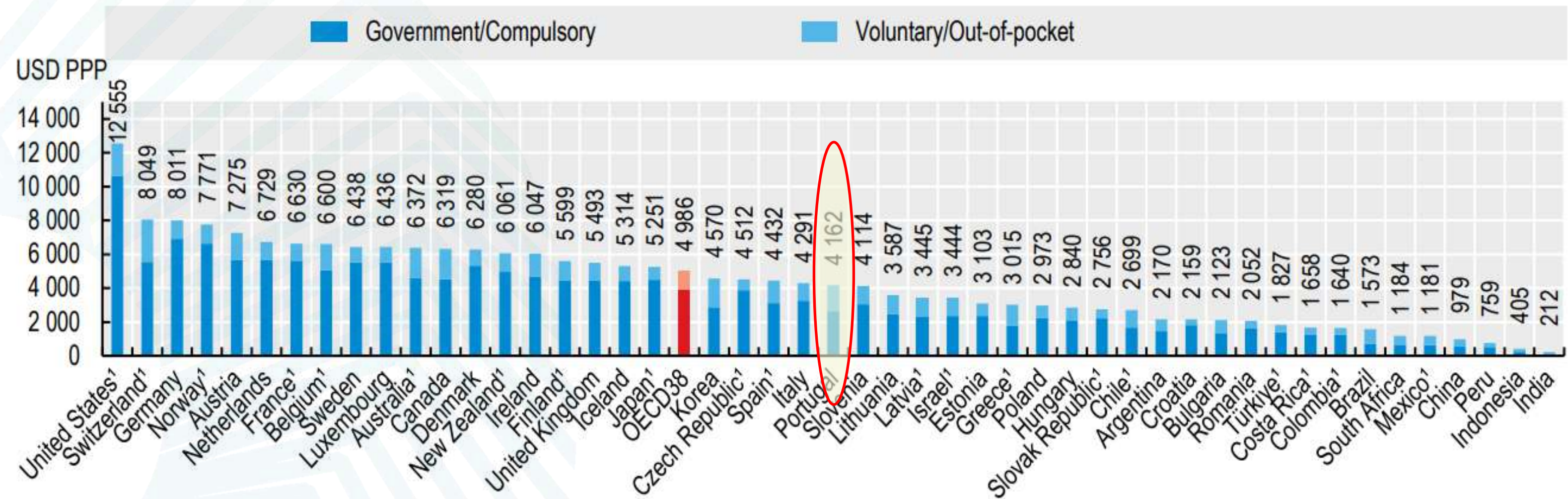
Note: The EU average is weighted.
Source: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_sha11_hf); WHO Global Health Expenditure Database

Fonte: OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

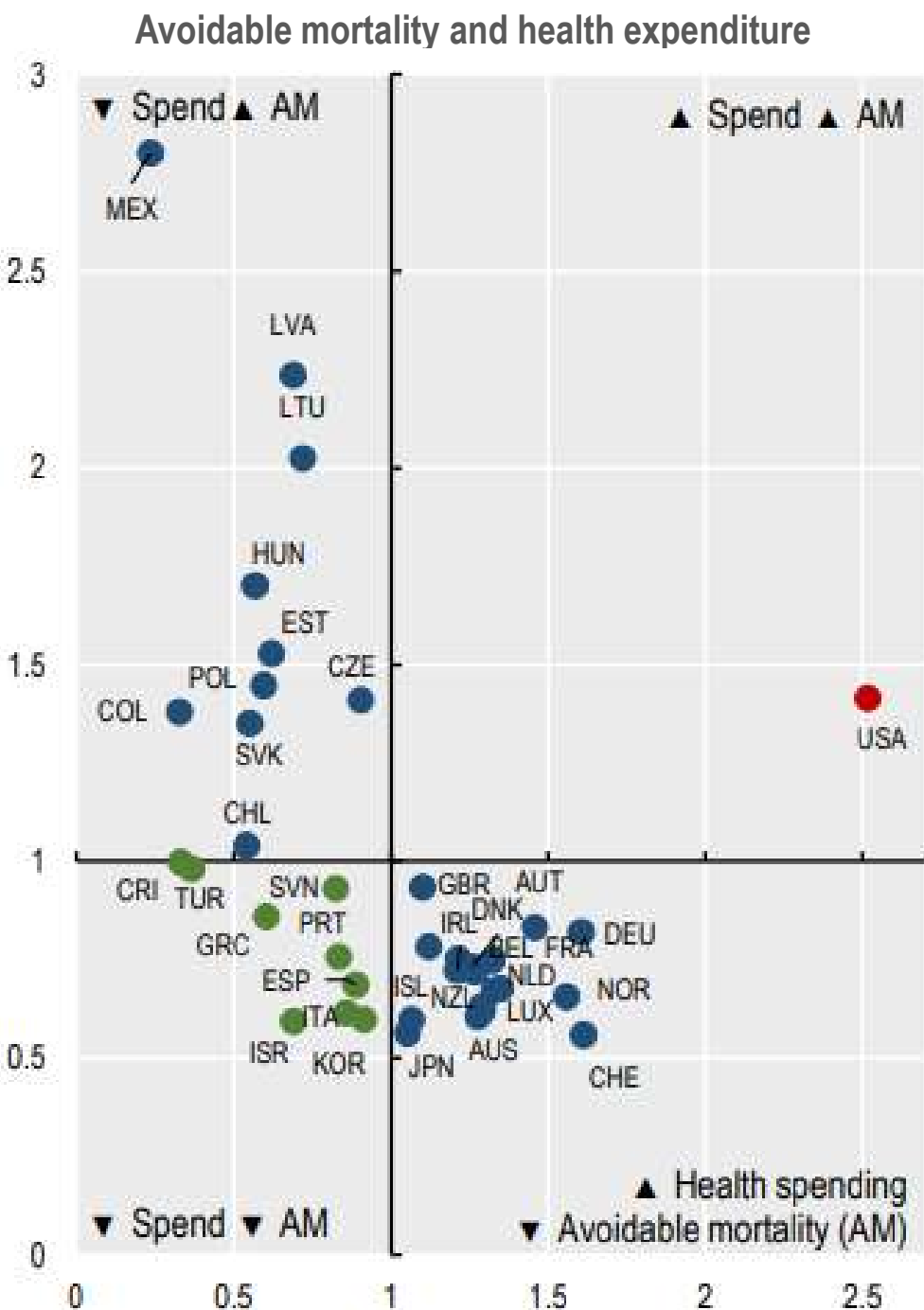
Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

Despesa em saúde *per capita*

(2022, or nearest year)

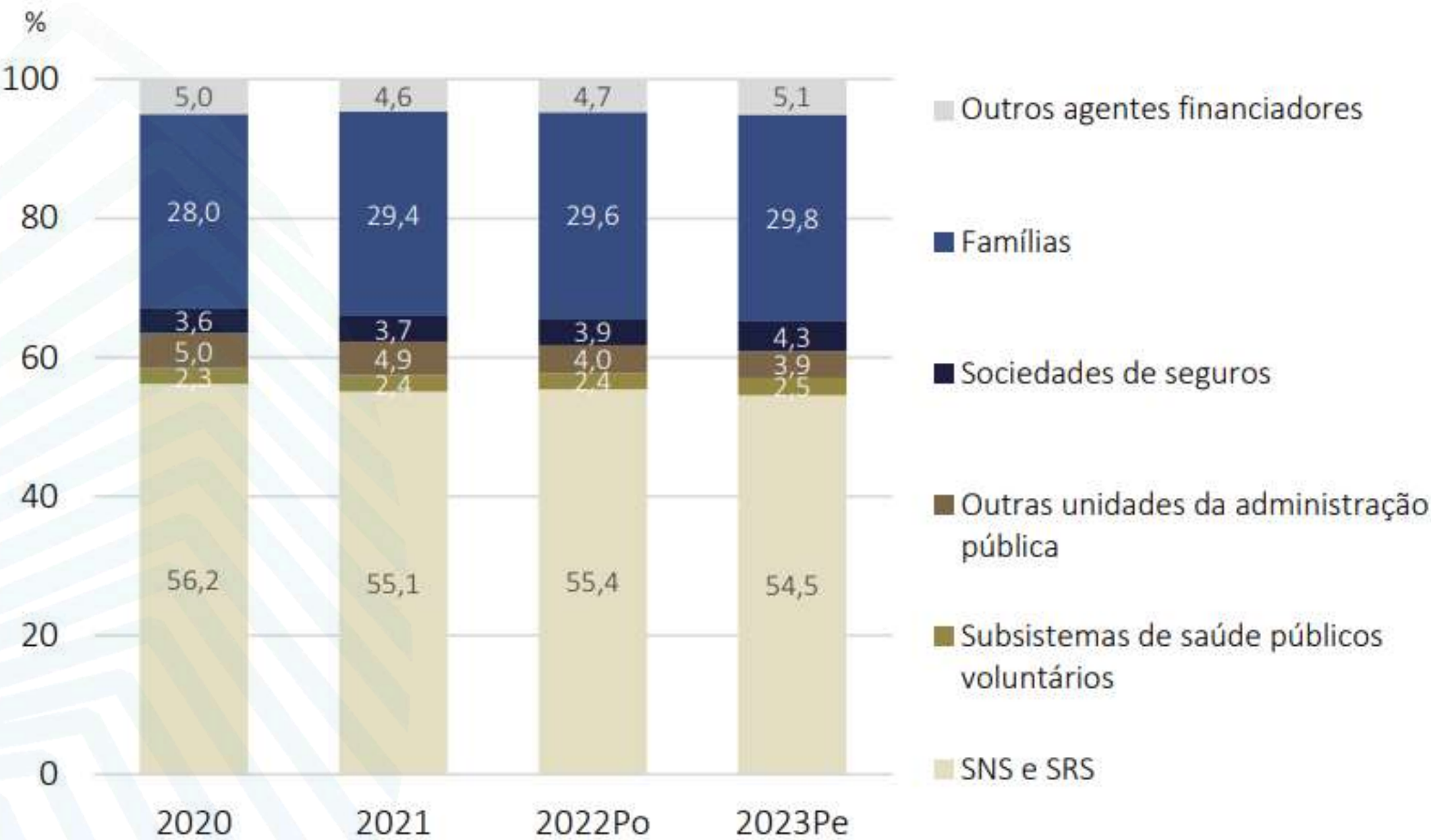


Relação custo-benefício (*value for money*) nos sistemas saúde



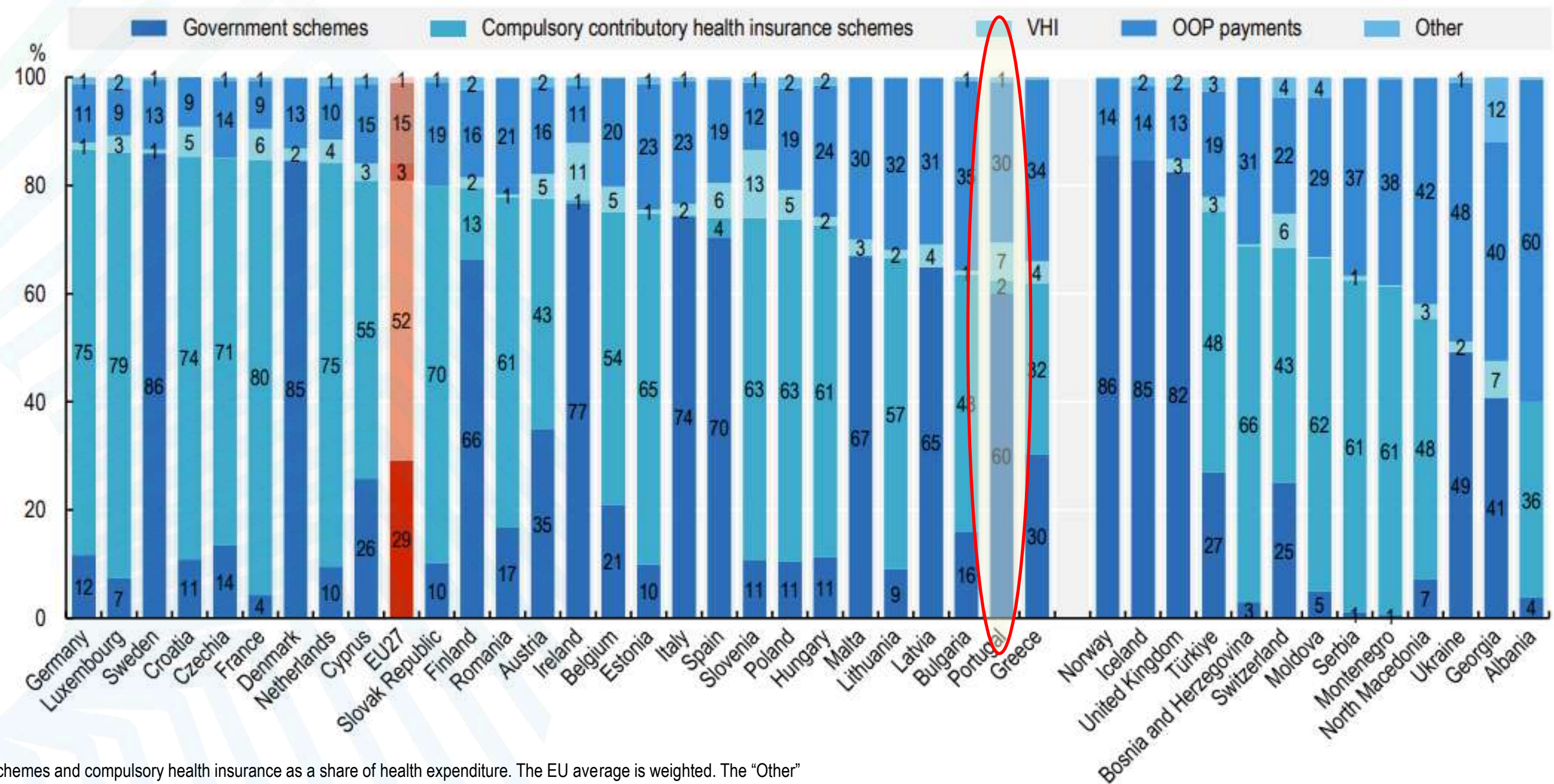
Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

Despesa corrente em saúde por agente financiador, em Portugal



Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

Health expenditure by type of financing, 2022 (or nearest year)

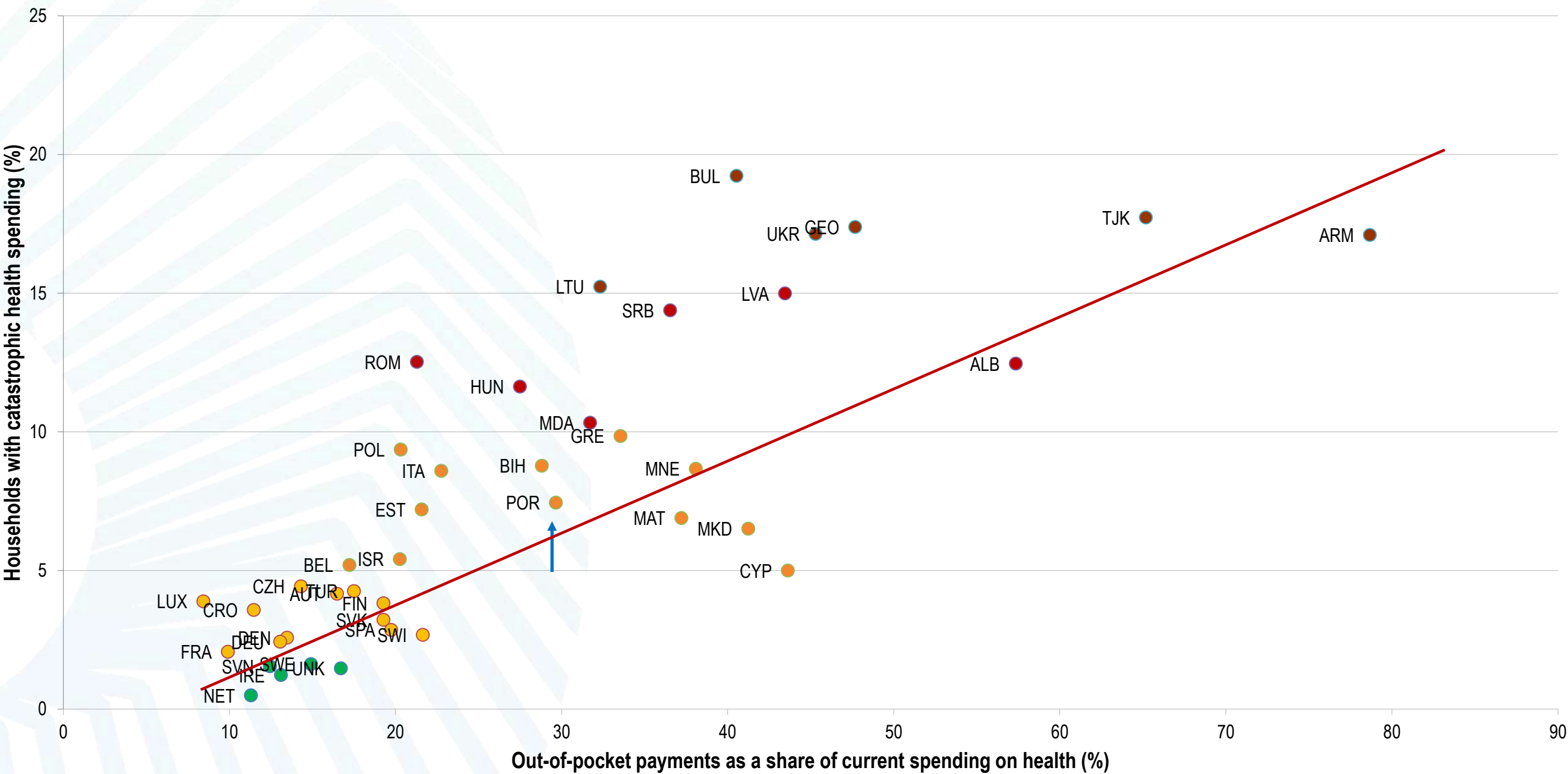


Note: Countries are ranked by government schemes and compulsory health insurance as a share of health expenditure. The EU average is weighted. The “Other” category refers to charities, employers, foreign and undefined schemes. VHI refers to voluntary health insurance. OOP refers to out-of-pocket payments.
Source: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_sha11_hf); WHO Global Health Expenditure Database.

Fonte: OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

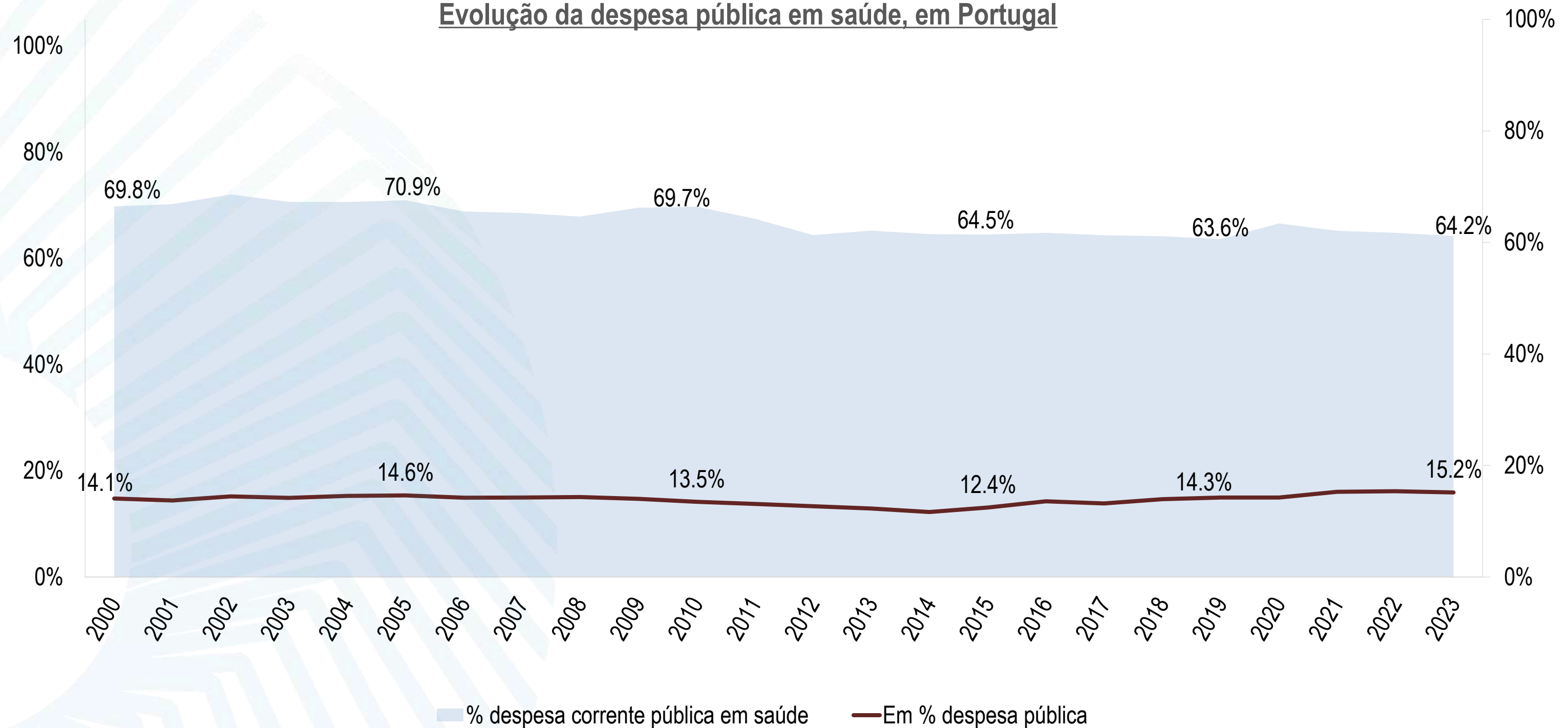
Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

Households with catastrophic health spending and out-of-pocket payments as a share of current spending on health



Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

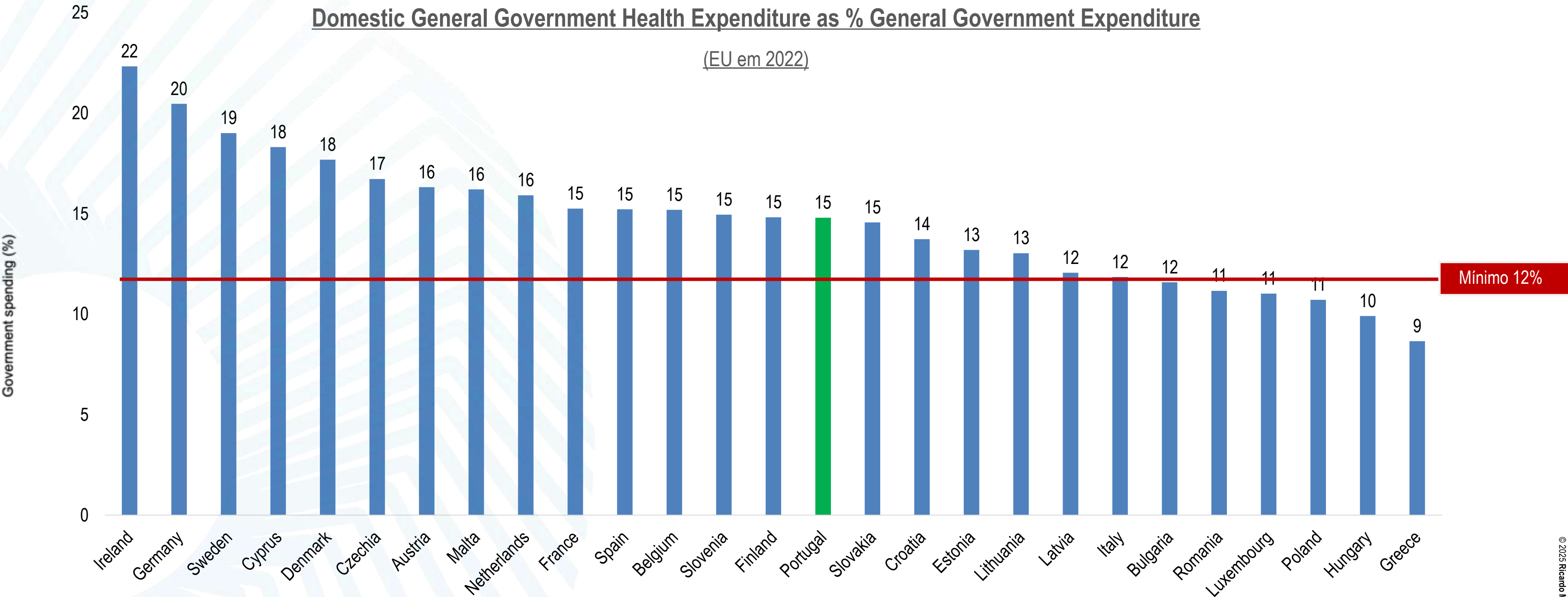
Evolução da despesa pública em saúde, em Portugal



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde e Contas Nacionais.

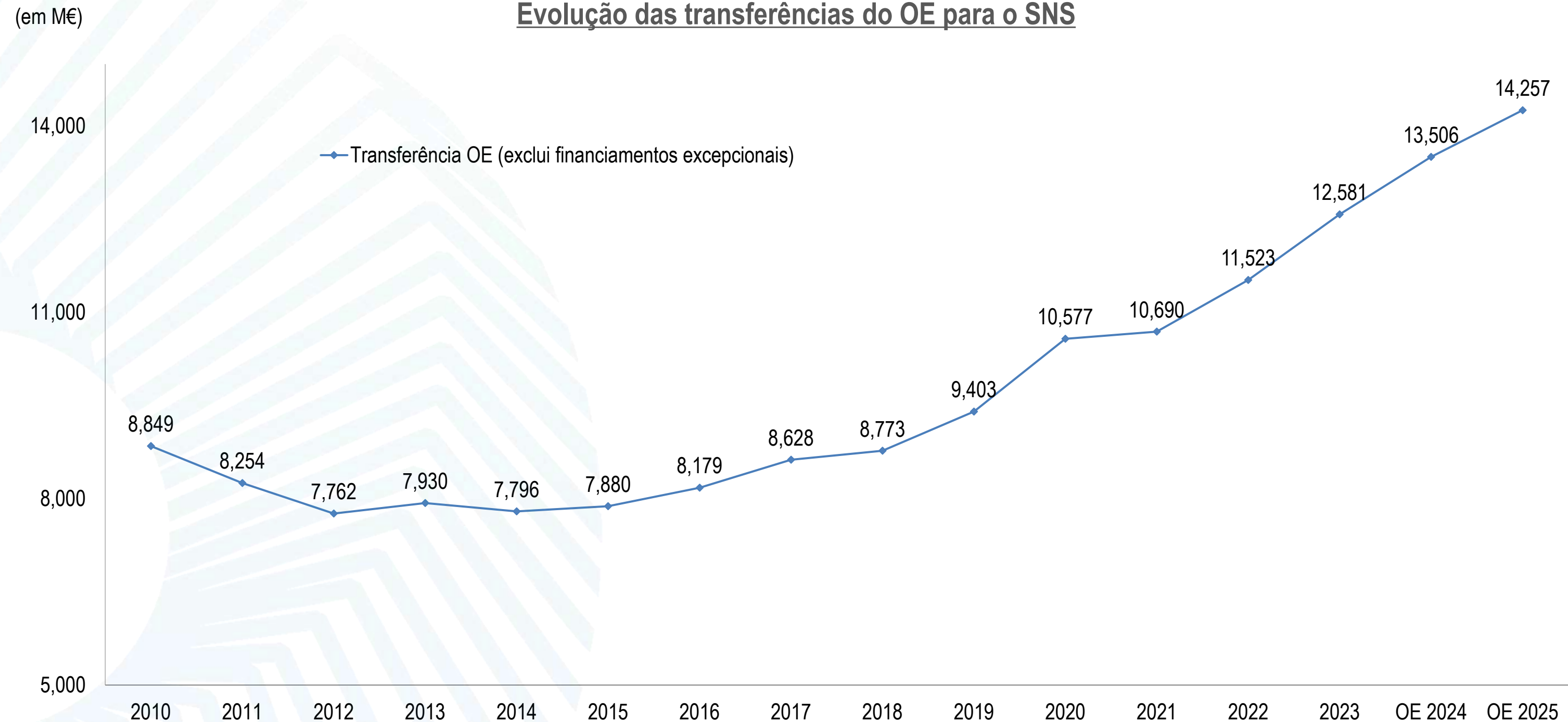
Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa

Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira



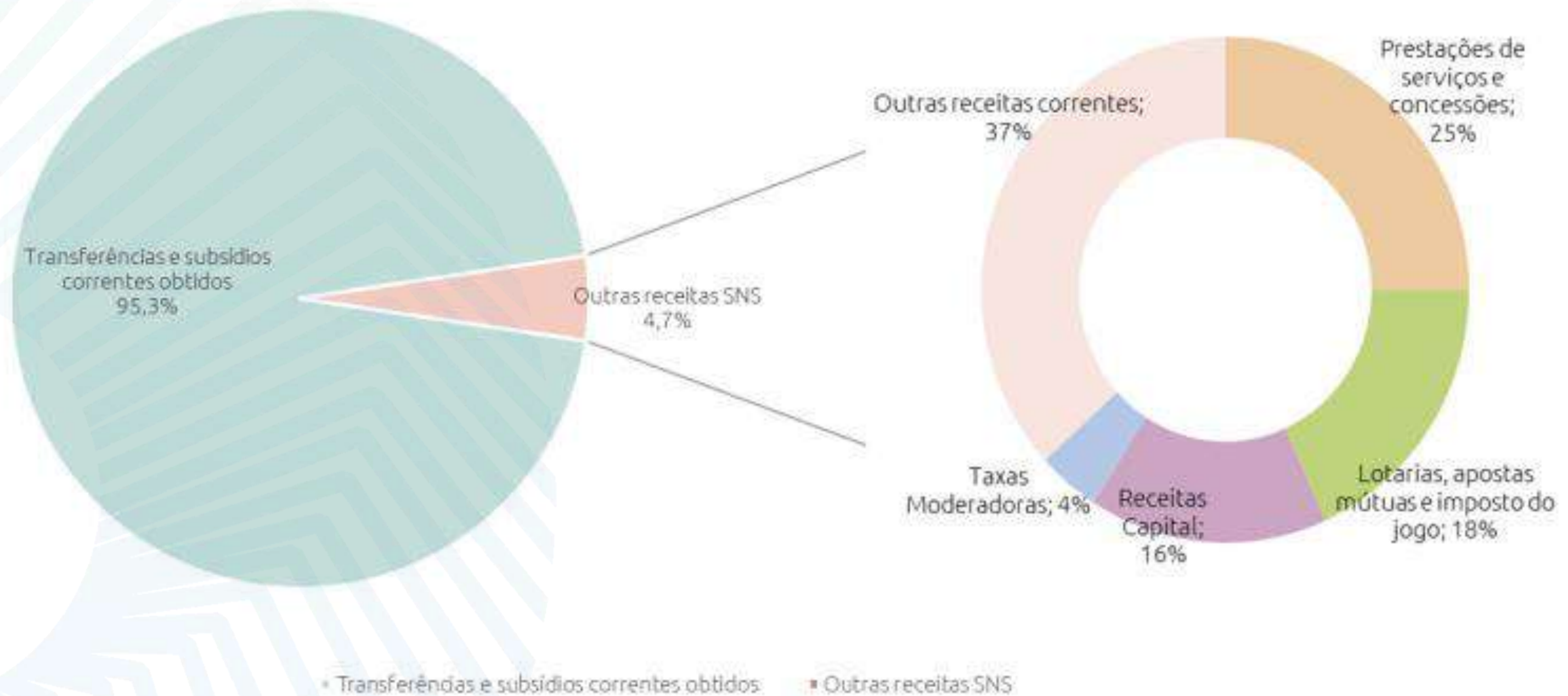
Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

Evolução das transferências do OE para o SNS

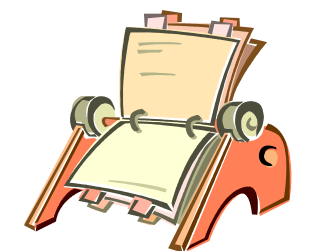
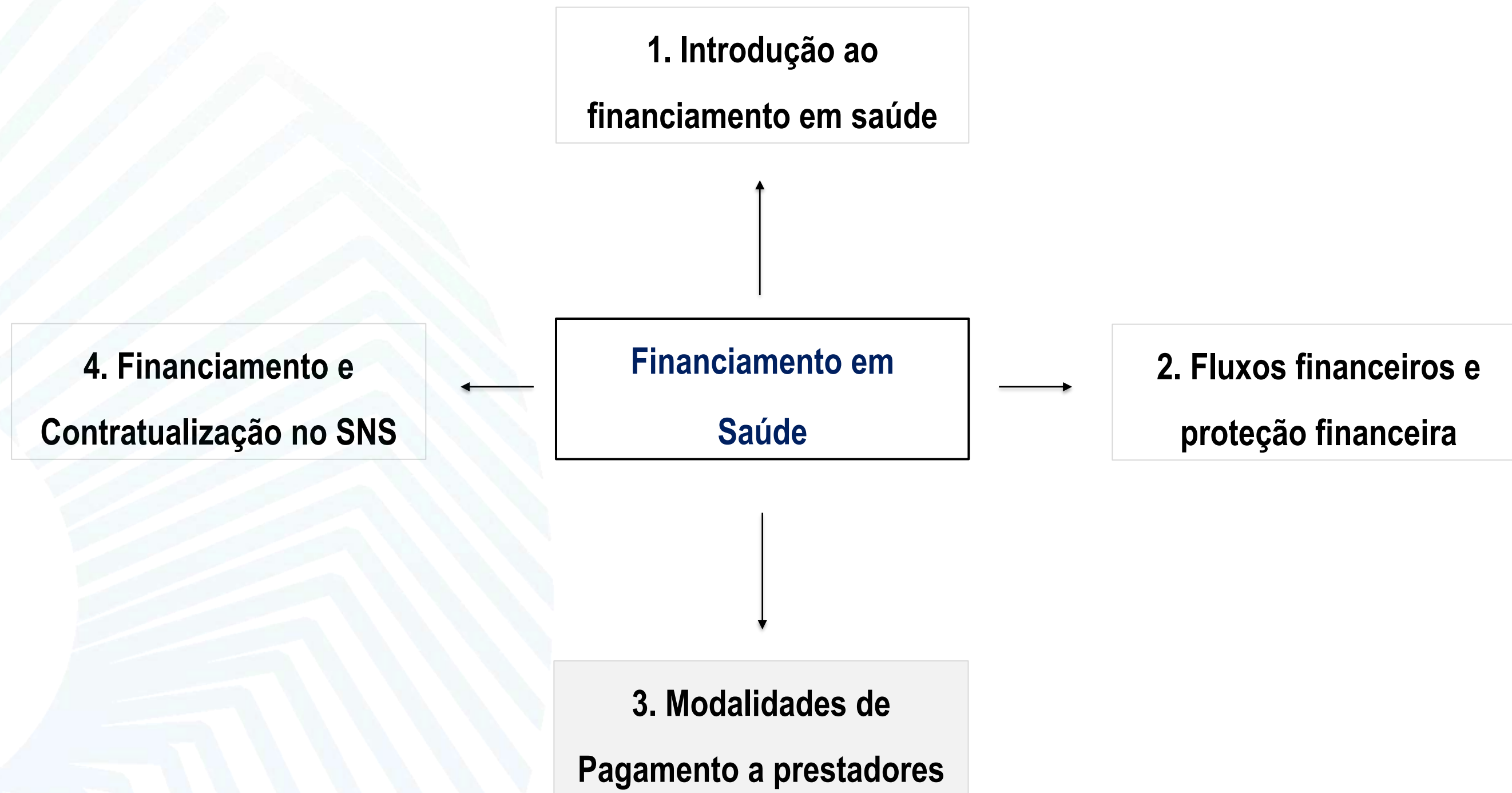


Financiamento em saúde | Fluxos financeiros e proteção financeira

Desagregação das receitas do SNS em 2023 (% do total)



Agenda



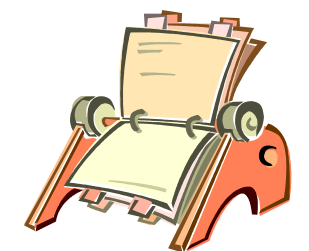
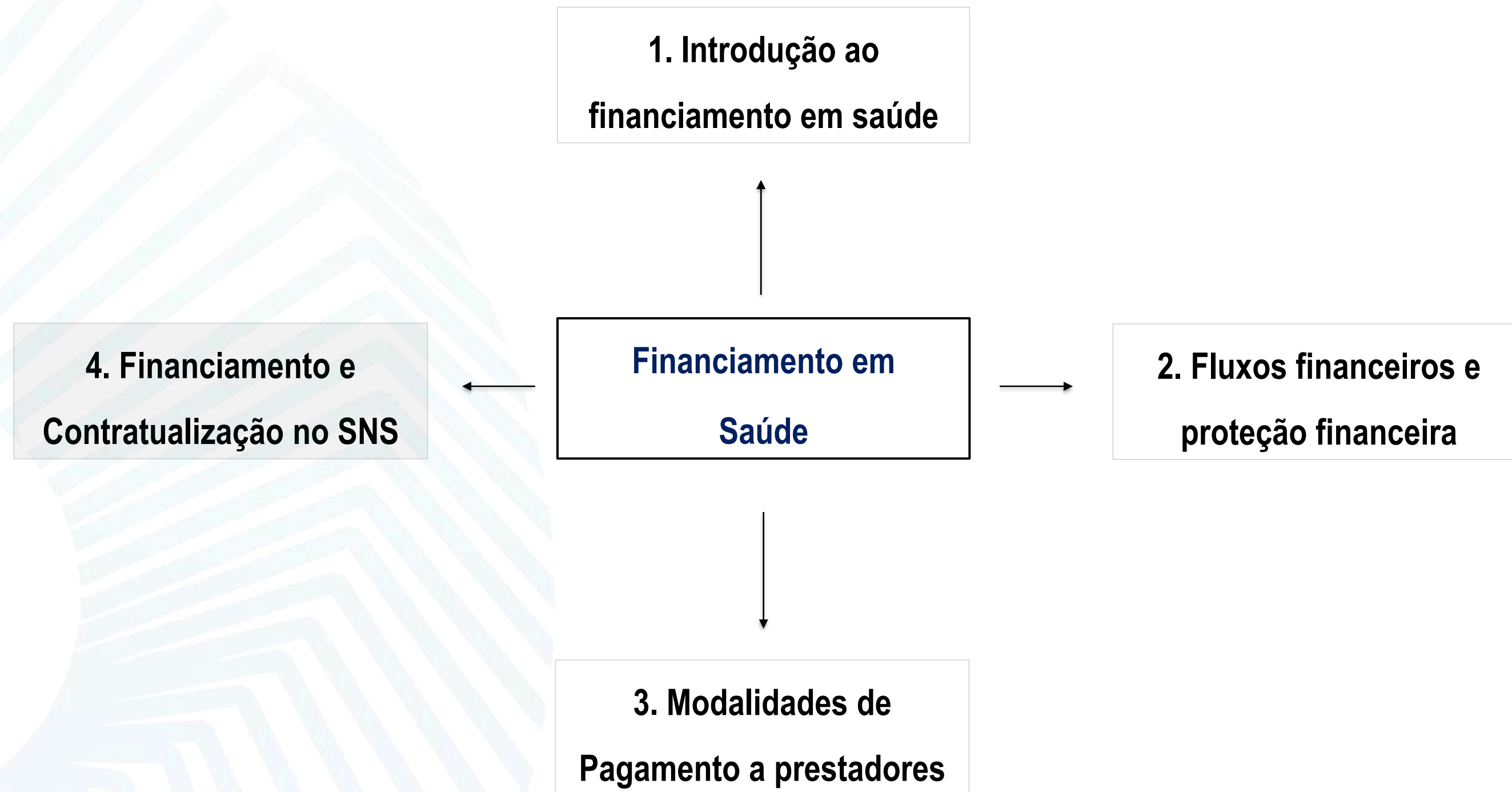
Financiamento em saúde | Modalidades de pagamento a prestadores

- Orçamento Global
- Pagamento pela produção
 - Por ato
 - Por episódio
 - Por diária
- Pagamentos por pacote (*bundled payments*)
- Pagamento por capitação
- Pagamento pela Performance (P4P)
- Pagamentos Mistos

Financiamento em saúde | Modalidades de pagamento a prestadores

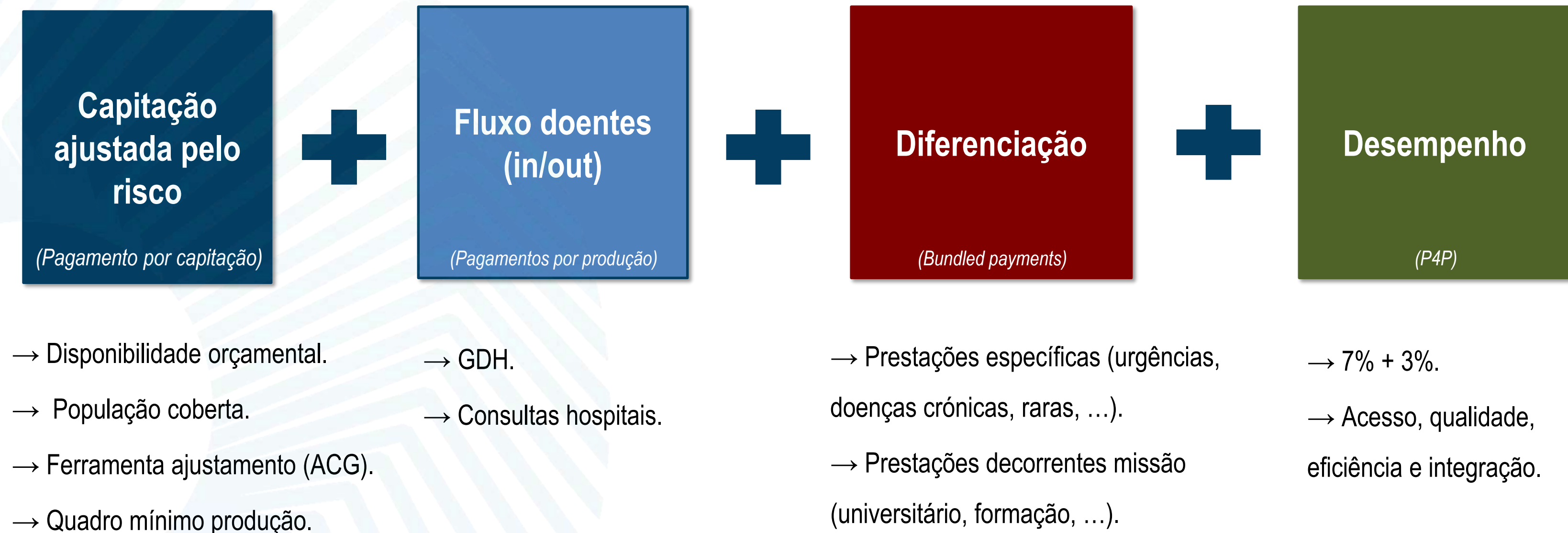
Comportamento prestador / Mecanismos	Prevenir problemas de saúde	Prestar cuidados	Responder às expectativas dos utentes	Conter custos
Capitação	+++	--	++	+++
Orçamento Global	++	--	+/-	+++
Por episódio (e.g. GDH)	+/-	--	+/-	+++
Diária	+/-	++	++	---
Ato	+/-	+++	+++	---

Agenda



Financiamento em saúde | Financiamento e contratualização no SNS

Unidades Locais de Saúde – 2024 *



* Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual

Financiamento de MCDT convencionados

Regime jurídico das convenções*

- Realização de prestações de saúde aos utentes do SNS no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Artigo 7.º

Preços

- 1 — Os preços máximos a pagar no âmbito das convenções são os constantes na tabela de preços do SNS.
- 2 — Mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, podem ser estabelecidos preços inferiores aos previstos no número anterior, ou estabelecida uma tabela de preços específica, sem prejuízo do disposto no n.º 7 do artigo 4.º
- 3 — Mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, serão estabelecidos limites mínimos de preços, de forma a assegurar a qualidade das prestações de saúde, em condições normais de concorrência.

* [Decreto-Lei n.º 139/2013](#), de 9 de outubro

** [Despacho n.º 12876-C/2024](#), de 29 de outubro.

Contratualização e pagamento **

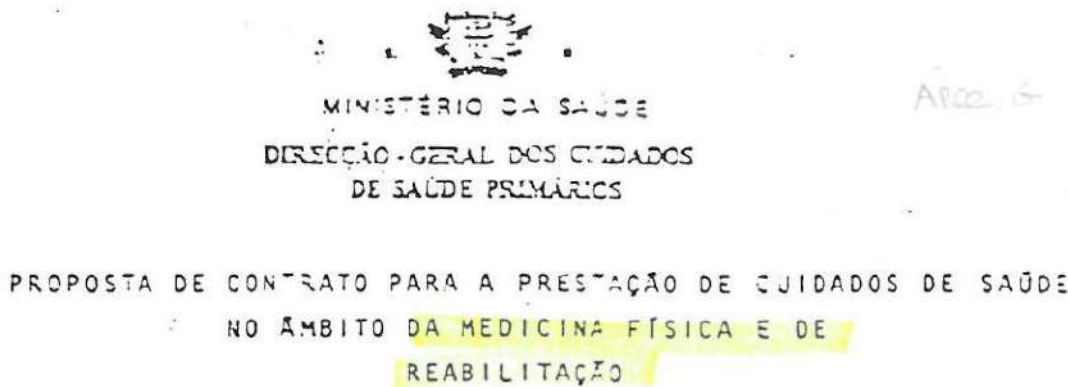


Tabela da Área G — Medicina física e de reabilitação

Códigos		Nomenclatura comum OM/SNS/Convencionados	Preço
SNS	Conv.		
		Atos complementares de diagnóstico	
	002.7	Primeira consulta em medicina física e de reabilitação	13,87
	003.5	Consulta subsequente em medicina física e de reabilitação	b)
	004.3	Consulta de avaliação final em medicina física e de reabilitação	13,87
		Estudos específicos	
60181	1535.5	Estudo da marcha com plataforma elétrica e registo	10,85
60200	201.1	Exame muscular com registo gráfico	5,40
60301	202.0	Goniometria elétrica	4,91
60310	011.6	Raquimetria	4,00

Financiamento em saúde | Financiamento e contratualização no SNS

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Respostas da RNCCI_abril 2025		
Tipologia	Tipo de prestação	N.º Camas/Lugares
ECCI _ Equipa de Cuidados Continuados Integrados	Domicílio	6 888
EAD _ Equipa de Apoio Domiciliário (*)		144
EAD/IA _ Equipa de Apoio Domiciliário IA (*)		16
UAP _ Unidade Ambulatória Pediátrica	Ambulatório	20
USO _ Unidade Socio-Ocupacional (**)		181
USO/IA _ Unidade Socio-Ocupacional IA (**)		30
UC _ Unidade de Convalescença	Internamento	1 406
ULDM _ Unidade de Longa Duração e Manutenção		5 276
UMDR _ Unidade de Média Duração e Reabilitação		3 333
UCIP (Nível 1) _ Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos – Nível 1		17
RA _ Residência Autónoma		21
RAMa _ Residência de Apoio Máximo		64
RAMo _ Residência de Apoio Moderado		54
RTA _ Residência de Treino de Autonomia		37
RTA-A _ Residência de Treino de Autonomia tipo A		7
TOTAL		17 494
N.º lugares domiciliários		7 048
N.º lugares em ambulatório		231
N.º lugares de internamento		10 215
UCP-RNCCI _ Unidade de Cuidados Paliativos (***)	Internamento	158

(*) EAD e EAD/IA _ equipa de apoio domiciliário/infância e adolescência - capacidade de 8 visitas diárias para acompanhamento de utentes.
(**) USO e USO/IA _ unidade sócio-ocupacional/infância e adolescência - capacidade contratada (n.º presenças diárias nas unidades).
(***) As Unidades de Cuidados Paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Capítulo XI

Artigo 47.º

Modelo de financiamento

1 - Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são **repartidos pelos sectores da saúde e da segurança** social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

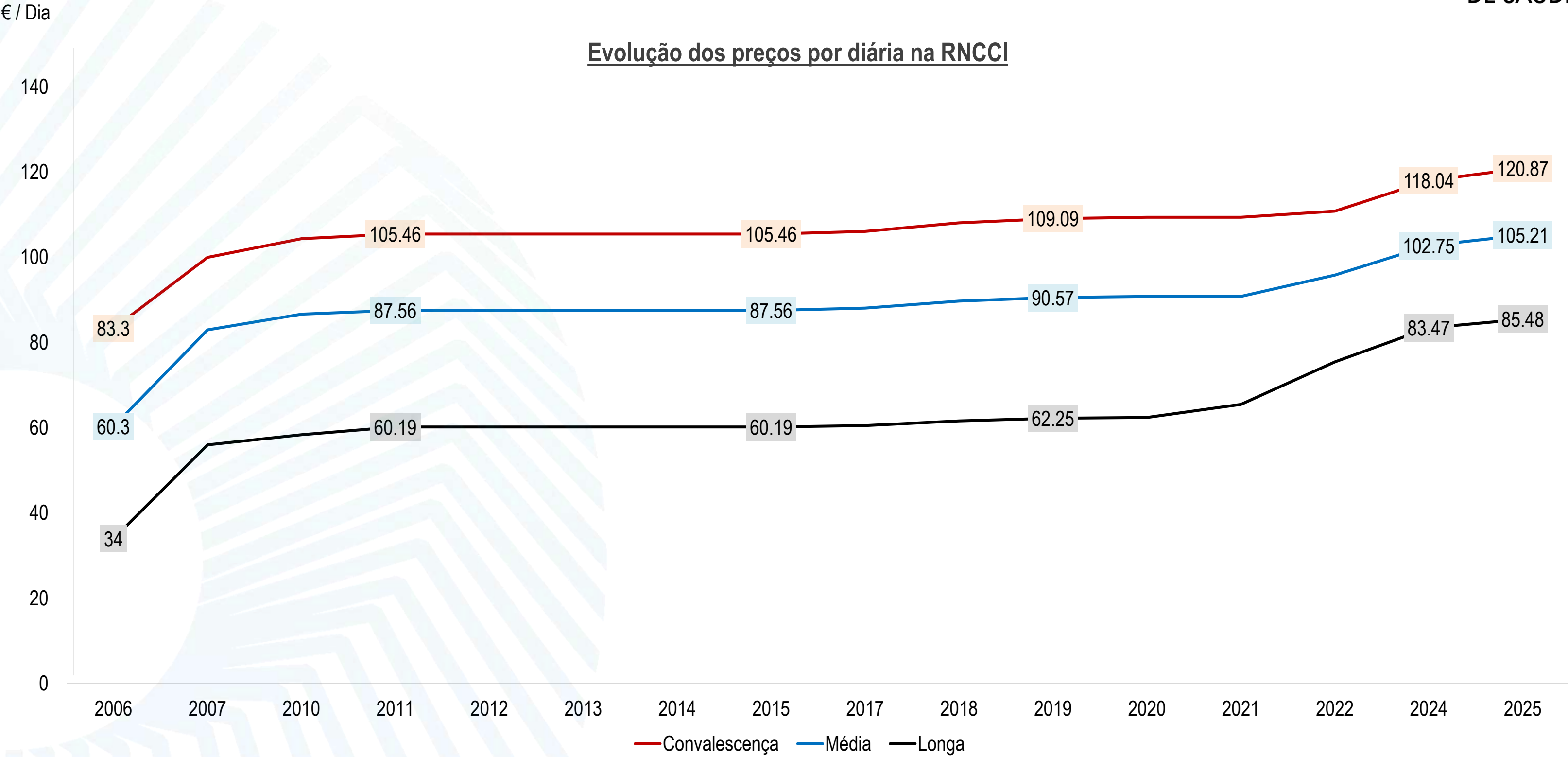
- a) **As unidades de convalescença e as equipas de gestão de altas são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde**, sendo o financiamento das unidades públicas incluído no contrato-programa celebrado com o respetivo hospital, centro hospitalar ou unidade local de saúde;
- b) **As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos dois sectores** em função da natureza dos cuidados prestados;
- c) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, **com preços adequados e revistos periodicamente**, nos termos a regulamentar, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade.

2 - O financiamento das diferentes unidades e equipas da Rede deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.

3 - Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

4 - A utilização das unidades de internamento de **média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa** em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar.

Financiamento em saúde | Financiamento e contratualização no SNS



Obrigado Pela Atenção!

Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)

Workshops sobre gestão e políticas de saúde

Parceria ENSP NOVA / Ordem dos Fisioterapeutas

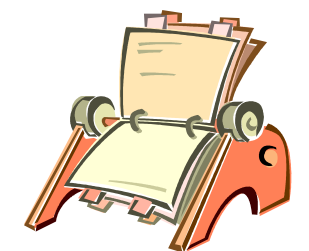
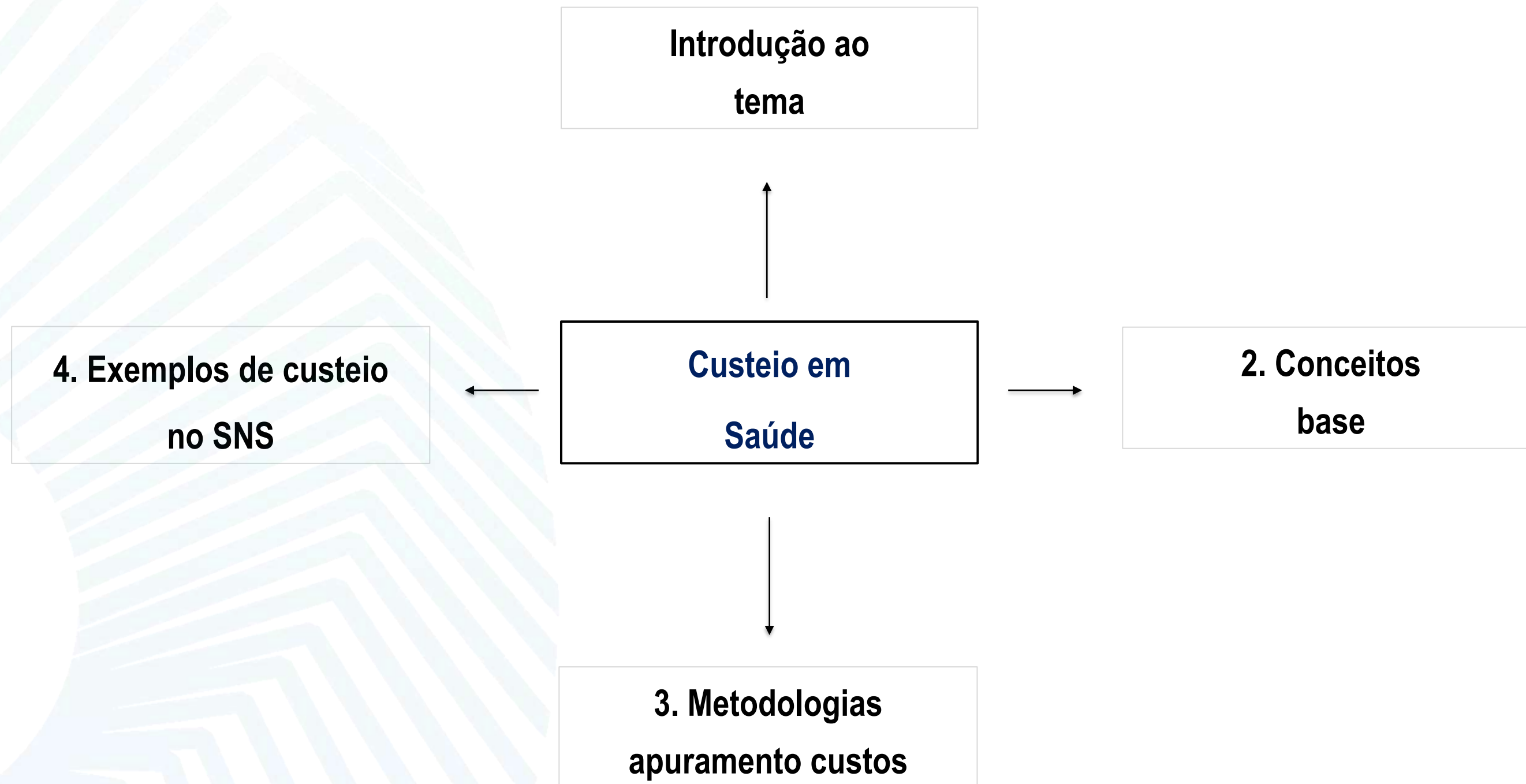
WORKSHOP 6

“CUSTEIO EM SAÚDE”

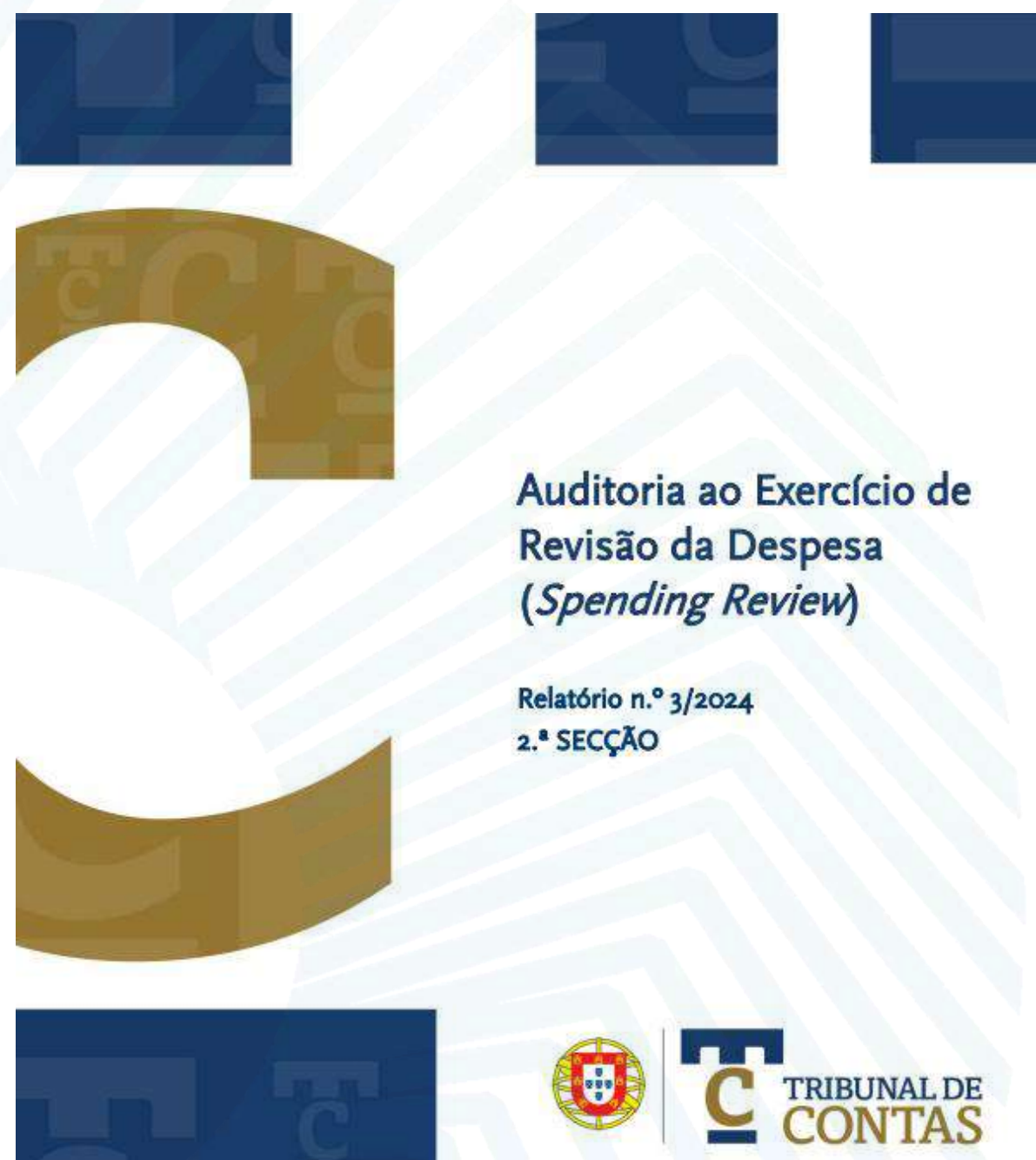
Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)

04 de junho de 2025

Agenda



Processo de Revisão de Despesa | Importância



Processo de Revisão de Despesa | Desenvolvimentos no SNS



Diário da República, 2.ª série

PARTE C

N.º 143

25 de julho de 2023

Pág. 47

FINANÇAS

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 7690/2023

Sumário: Grupo de trabalho para a revisão de despesa pública.

A revisão de despesa pública é um importante instrumento da gestão financeira pública. Consiste num processo de análise detalhada da despesa em curso com o objetivo de otimizar a alocação de recursos, melhorar a qualidade da despesa pública, e a sua adequação aos objetivos de política, bem como criar margem orçamental que pode ser dirigida para financiar novas políticas públicas e lidar com pressões na despesa emergentes. É fundamental identificar de forma sistemática melhorias na gestão dos recursos das administrações públicas, habilitando os decisores com instrumentos e critérios de custo e benefício fidedignos, previamente identificados, avaliados e sujeitos a um rigoroso juízo de adequação e proporcionalidade. Esta procura representa um esforço e um desafio contínuos, que devem ser capacitados com uma abordagem técnica e metodológica estruturada, sistemática, dotada da informação adequada, e o envolvimento transversal da administração, que permitam a sua sustentação no tempo e a avaliação do seu resultado.

Fonte: [Despacho n.º 7690/2023](#), de 25 de julho



REPÚBLICA
PORTUGUESA

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO
DA SAÚDE

Despacho n.º 01/2024/SES

Assunto: Processo de revisão de despesa pública no setor da saúde para o ano de 2024.

Para a área da reabilitação:

- Elaborar normas clínicas e organizacionais que enquadrem os processos assistenciais integrados para os grandes grupos de patologias desta área;
- Redefinir o processo de referenciação de utentes para as diversas tipologias de rede de prestação de cuidados de reabilitação no SNS;
- Investir em equipas de reabilitação nos cuidados primários, multiprofissionais e interdisciplinares;
- Dinamizar a criação de CRI que potenciem a organização do trabalho das equipas da área da reabilitação, contribuindo para qualificar o acesso e estabilizar a capacidade instalada no SNS;
- Criar um Sistema de Classificação de Doentes para a área da Reabilitação em Ambulatório (SCDReabA), procedendo à sua implementação no SNS;
- Propor novas modalidades de pagamento para a reabilitação em ambulatório, as quais devem considerar a complexidade dos utentes abrangidos (aferida com base no SCDReabA) e os resultados alcançados pelos planos de intervenção definidos;
- Desenvolver um sistema de informação integrado de reabilitação;
- Identificar um painel de indicadores de acesso, qualidade, eficiência e integração de cuidados para a área da Reabilitação, que permita a avaliação dos resultados alcançados.

Gestão financeira | Diferentes perspetivas

Perspetiva Contabilística → visa o apuramento de custos na dimensão da organização.

Perspetiva Avaliação Económica → visa o apuramento de custos no ponto de vista da sociedade, tentando-se alcançar o custo de determinado programa ou doença ou escolher entre cenários alternativos.

Contabilidade | O que é?

“É a técnica de registo e de representação de todas as transformações sofridas pelo património de qualquer entidade económica durante o exercício da sua atividade, de modo a saber em qualquer momento a sua composição e o seu valor.”

CONTABILIDADE

GERAL

**ANALÍTICA
(de GESTÃO)**

Contabilidade | Contabilidade Geral

Limitações:

- ☐ Não acompanha a estrutura organizacional da entidade.
- ☐ Não permite o controlo interno, a discussão/negociação/contratualização de orçamentos internos.
- ☐ Não considera a rentabilidade ou não de um certo produto/atividade/serviço.
- ☐ É pouco flexível relativamente à Contabilidade Analítica.

Contabilidade | Contabilidade de Gestão

Para que serve?

- Avaliar sustentabilidade das organizações de saúde.
- Tomar decisões de gestão (produzir internamente? Subcontratar?).
- Acompanhar a execução orçamental e analisar eventuais desvios.
- Medir níveis de eficiência.
- Suportar a avaliação económica.
- Apoiar a definição de preços.
- Medir value-based healthcare.
- Informar a política financeira.
- Disponibilizar informação para investigação.
- Outros.



Contabilidade | Contabilidade de Gestão

Definição:

- ✓ *Processo de melhoria contínua do planeamento, conceção, medida e operacionalização dos sistemas de informação financeira e não financeira, que orienta a ação da gestão, motiva comportamentos, suporta e cria os valores necessários para alcançar os objetivos estratégicos, táticos e operacionais da organização (Institute of Management Accountants).*
- ✓ O seu objeto são os **gastos, rendimentos e resultados das organizações**, que determina e analisa, não de uma forma global, como acontece na contabilidade geral, mas de uma forma analítica, adaptada às necessidades internas e particulares da organização.
- ✓ Pretende apurar resultados por ramos de atividade, produtos, serviços, clientes ou por outros elementos normais ou extraordinários de cada instituição.
- ✓ Deve permitir o cálculo fiável dos custos dos produtos de modo a que as decisões sobre fixação de preços, introdução de novos produtos, abandono de determinados produtos e resposta a produtos da concorrência sejam adequadas.

Contabilidade | Contabilidade de Gestão

NCP 27 — Contabilidade de Gestão

1 — Objetivo

1 — O objetivo desta Norma é estabelecer a base para o desenvolvimento de um sistema de contabilidade de gestão nas Administrações Públicas, definindo os requisitos gerais para a sua apresentação, dando orientações para a sua estrutura e desenvolvimento e prevendo requisitos mínimos obrigatórios para o seu conteúdo e divulgação.

2 — Para efeitos desta norma, o tratamento contabilístico do custo corresponde à reclassificação dos gastos por funções, atividades, programas, objetivos ou outra finalidade de interesse para a entidade e utilizadores externos.

3 — Em concreto, com a presente Norma pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

(a) Compreender como a contabilidade de gestão pode ser usada para apoiar os processos internos da gestão pública (vertente interna) e contribuir para os propósitos de responsabilização pela prestação de contas (vertente externa);

(b) Facilitar a implementação da contabilidade de gestão por todas as entidades públicas;

(c) Explicitar os vários conceitos de custos que podem ser aplicados para satisfazer as necessidades de informação das diversas partes interessadas e os processos de contabilidade de gestão relacionados;

(d) Estabelecer as linhas orientadoras para o desenvolvimento do sistema de contabilidade de gestão e da informação a divulgar;

(e) Permitir uma melhor avaliação da economia, eficiência e eficácia das políticas públicas.

36 — No caso do subsetor da saúde, devem ser obtidos mapas de informação, indicando o custo direto e indireto e o respetivo rendimento associado (se existir), por cada:

- (a) Unidade/estabelecimento de saúde;
- (b) Dia de internamento;
- (c) Consulta;
- (d) Sessão;
- (e) Doente intervencionado;
- (f) Exame/análise;
- (g) Outros

Limitações:

(atuais, no SNS)

- ☐ Apenas permite apurar custos médios por doente saído / diária por serviço (só alcança a dimensão “serviço”).
- ☐ Falta de celeridade na sua disponibilização.
- ☐ Não permite reproduzir uma forma organizacional alternativa.
- ☐ Critérios de imputação de custos indirectos não uniformes entre instituições.
- ☐ Na atual classificação existem encargos diretos que são considerados indirectos e repartidos no final.
- ☐ Não é conhecido o desenvolvimento de processos de auditoria à informação produzida.
- ☐ Obtenção como procedimento administrativo e não como informação de apoio à gestão.



Novo Plano de Contabilidade de Gestão para o SNS



2.ª série
N.º 55
18-03-2024

SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 2871/2024

Sumário: Define o processo de implementação do novo Plano de Contabilidade de Gestão para o Serviço Nacional de Saúde, criando projetos-piloto e uma equipa permanente de acompanhamento.

No contexto do SNC-AP, importa ainda desenvolver o sistema de contabilidade de gestão específico para o SNS. Este é um objetivo estratégico para o Ministério da Saúde, reforçado no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência, que prevê a entrada em vigor do novo Plano de Contabilidade de Gestão do Serviço Nacional de Saúde (RE-C01-r03, Marco 1.7) como uma das metas para a conclusão da reforma do modelo de governação dos hospitais públicos.

O novo Plano de Contabilidade de Gestão do SNS potenciará a gestão financeira das unidades de saúde, tendo como objetivo a obtenção de informação útil de suporte à decisão, em termos de avaliação da eficiência, de aplicação dos modelos de contratualização e financiamento, bem como de planeamento financeiro e orçamentação plurianual. Pretende-se ter disponível um leque de informação precisa, comparável e atualizada, que acrescente qualidade, previsibilidade e transparência à gestão financeira das unidades de saúde.

Fonte: [Despacho n.º 2871/2024](#), de 18 de março.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

N. 20/2024/ACSS
DATA: 2024-06-21

CIRCULAR NORMATIVA

PARA: Unidades Locais de Saúde

ASSUNTO: Plano de Contabilidade Analítica (ou Contabilidade de Gestão) do Serviço Nacional de Saúde

A existência de informação adequada constitui um pilar fundamental para a tomada de decisões de gestão. Um dos instrumentos de gestão que reconhecidamente permitem servir de base a essas decisões é o Plano de Contabilidade Analítica (ou Contabilidade de Gestão).

Com a implementação do Plano de Contabilidade Analítica será possível recolher, a nível nacional, informação sobre os custos dos serviços hospitalares que suportarão a gestão a nível interno, das instituições de saúde, e externo, da tutela e entidades públicas.

Fonte: [Circular Normativa n.º 20/2024/ACSS](#), de 21 de junho.

Custeio em saúde | Como fazer?

Quanto custa?

- ✓ *“A appropriate measurement of cost for one analysis may be totally inappropriate for another” (Finkler, 2007).*
- ✓ *“A ‘best’ cost accounting system does not exist (Tan et al, 2014)”.*

Custeio em saúde | Para que serve?

- ✓ Apoiar a gestão do negócio.
- ✓ Identificar custos (serviço, atividade, doente, ...).
- ✓ Compreender a relação entre custos e proveitos.
- ✓ Incentivar estratégias de contratualização.
- ✓ Comparar níveis de desempenho.
- ✓ Avaliar oportunidades de investimento.
- ✓ Suportar negociações de financiamento.

**Processo aproximativo, que considera o
fim a que se destina:**

- Decisões de gestão.
- Formação de preços.
- Outros.

Custeio em saúde | Para que serve?

Los hospitales andaluces
informarán a sus pacientes
del coste real de sus
intervenciones.



Custeio em saúde | Para que serve?

© Original Artist

Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



search ID: c2a0704

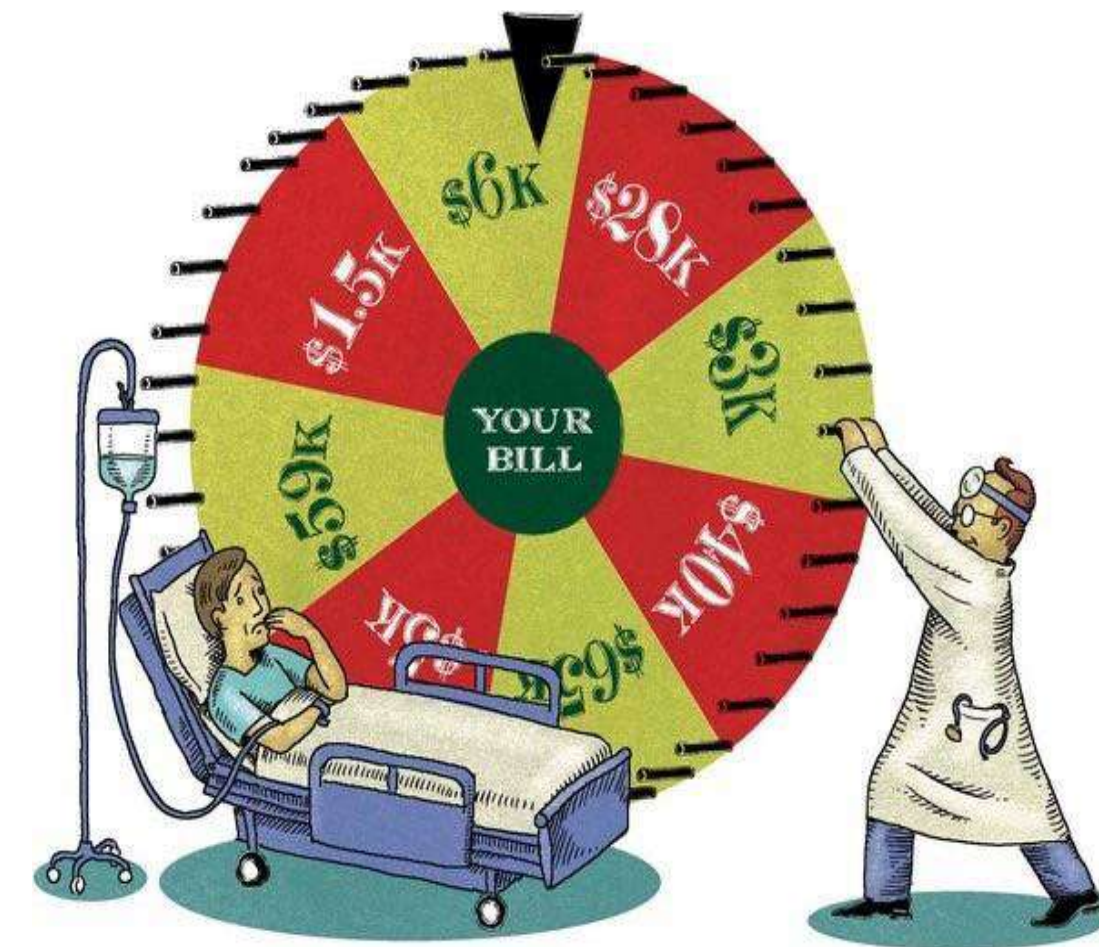
"The good news is it's curable, the bad news is you can't afford it."

Custeio em saúde | Para que serve?

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



"Good news. I've run every test I could think of and still didn't manage to drain your savings."



Custeio em saúde | Para que serve?

P

SAÚDE

Todos os hospitais do SNS obrigados a comunicar custos dos serviços aos utentes

Medida em vigor nalguns hospitais será alargada a todas as unidades públicas de saúde. O utente apenas paga a taxa, mas fica a saber quanto é que de facto custou ao Estado.

Rita da Nova

12 de Abril de 2013, 13:45



Área
pessoal



Comparticipações do
SNS (Benefícios)

Custeio em saúde | Conceitos base

Custo

É o valor monetário dos recursos utilizados para alcançar um objetivo, como adquirir ou produzir um produto ou prestar um serviço.

Objeto de custo

É uma entidade utilizada para representar uma parte discreta da organização em relação à qual a gestão pretende planejar, medir, controlar, ou tomar decisões. Pode consistir numa divisão da organização, numa função, atividade, produto, serviço ou cliente.

Custos diretos

Os custos que podem ser diretamente atribuídos a um objeto de custo. Ex: medicamentos.

Custos indiretos

São aqueles que não podem ser diretamente imputados a um objeto de custo, dado o seu caráter transversal a diferentes objetos de custo. Ex: serviços de limpeza.

Encargos gerais (overheads)

São os custos dos serviços de suporte que contribuem para o funcionamento da unidade de saúde. Ex: custo do departamento financeiro.

Custeio em saúde | Conceitos base



Comportamento dos custos: Quando queremos relacionar os custos com o nível de atividade surgem os conceitos de custos fixos, fixos por patamares, variáveis e semi-variáveis.

Fixos

São custos independentes do nível de atividade (unidades produzidas, horas de trabalho). No longo prazo todos os custos são variáveis.

Um bom exemplo são as rendas pela utilização de um edifício

Fixos por patamares

São fixos num determinado nível de atividade.

Um bom exemplo são as necessidades de serviços de supervisão. À medida que o pessoal aumenta é necessário contratar mais colaboradores com funções de supervisão. Assim, somente a partir de um número adicional de trabalhadores contratados é que é necessário contratar um supervisor.

Custeio em saúde | Conceitos base



Comportamento dos custos: Quando queremos relacionar os custos com o nível de atividade surgem os conceitos de custos fixos, fixos por patamares, variáveis e semi-variáveis.

Custos variáveis

Têm comportamento linear com o nível de atividade. À medida que o volume aumenta eles aumentam num valor constante. Um exemplo são os consumos de medicamentos utilizados em sessões de hospital de dia.

Custos semi-variáveis

São custos com características de custos fixos e variáveis (custos mistos ou semi-fixos). É o caso da eletricidade. Há mensalmente um custo fixo para além do custo variável (consumo de eletricidade).

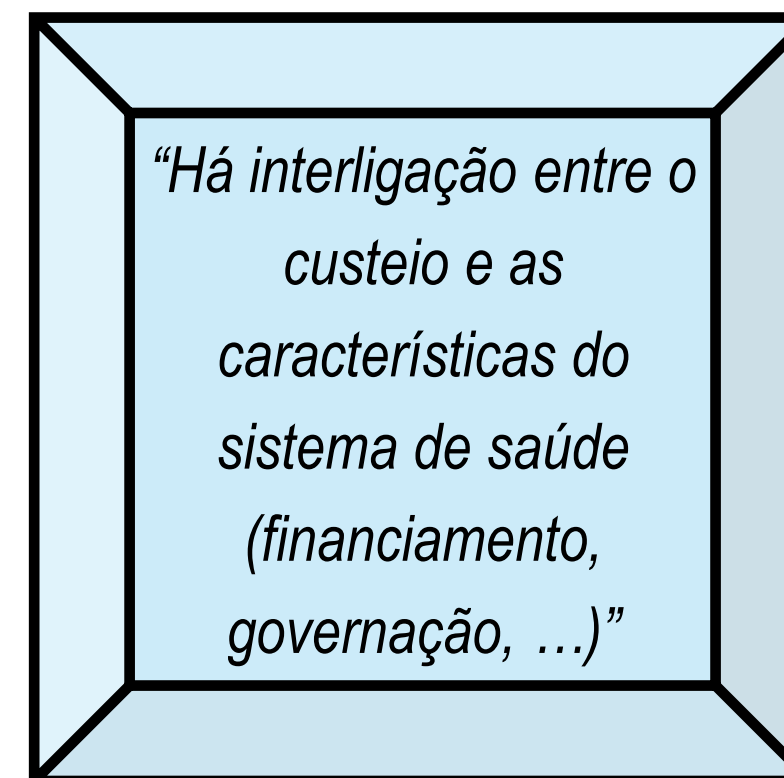
Custo Oportunidade

É o valor da melhor alternativa não concretizada porque se utilizaram recursos escassos na produção de um bem ou serviço. O custo de oportunidade é o verdadeiro custo que a sociedade incorre ao fornecer um programa de saúde à população.

Custeio em saúde | Unidades de custeio

✓ Principais categorias de interesse dos gestores de organizações de saúde⁽¹⁾:

- *Products or product lines.*
- *Programs.*
- *Organization centers (departments, services).*
- *Specific payers.*
- *Individual clinicians who order activities or resources.*
- *Patients and patient populations.*



Custeio em saúde | Abordagens possíveis

Tipo de Apuramento	Informação	Métodos*
Top Down	Contabilidade central da entidade	Secções Homogéneas <i>Activity Based Costing</i> <i>Time Driven Activity Based Costing</i>
Bottom-Up	Recolhida ao longo do processo de produção	Recolha direta (e.g., doente, procedimento)

* Baseados em **dados reais** (refletem a realidade passada) ou em **dados *standard*** (implicam um processo técnico robusto).

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

1. **CUSTOS POR SERVIÇO (MÉTODO DAS SECÇÕES HOMOGÉNEAS)** → O cálculo dos custos é realizado com a informação proveniente da contabilidade central. Trata-se de um método “top down” do qual resulta um nível de desagregação da informação pouco preciso.
2. **CUSTOS POR ATIVIDADE (ABC)** → é um método que permite saber exatamente o custo de cada ato prestado, clínico ou não clínico, o que possibilita a obtenção de custos ao nível do doente. Uma entidade é constituída por um conjunto de atividades (combinação de tarefas e recursos com o objetivo de obter um determinado produto ou serviço); todas as atividades têm uma finalidade direta ou indireta no fabrico dos seus produtos; os recursos não são consumidos diretamente pelos produtos, mas pelas atividades, as quais por sua vez são consumidas pelos produtos.
3. **CUSTOS POR DOENTE** → é conseguido o registo individual dos custos em cada episódio, incluindo os recursos consumidos e as devidas imputações dos custos das secções que concorrem indiretamente para o custo total. Idealmente, este sistema necessita de um bom sistema informático que suporte todos os registos.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



CUSTOS POR SERVIÇO – TIPOLOGIA DE SECÇÕES:

SECÇÕES PRINCIPAIS → São as que concorrem diretamente para a produção da entidade. Inserem-se neste grupo todas as secções designadas por serviços clínicos. Exemplo: Internamento, Hospital Dia, Urgência.

Secções Auxiliares → São as que concorrem com bens e serviços para outras secções. Teremos neste caso as secções de apoio clínico, outras secções auxiliares e secções administrativas. Exemplo: Imagiologia, Bloco, Laboratório, etc.

Secções Administrativas → Incluem-se aqui todas as secções de administração, nomeadamente, os custos com os órgãos de administração geral, os serviços financeiros, os serviços de aprovisionamento, os serviços de pessoal, etc.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



CUSTOS POR SERVIÇO – TIPOLOGIA DE SECÇÕES:

1ª Fase

Ao longo do exercício económico, nos lançamentos da contabilidade geral é realizada a imputação direta aos centros de custo.

2ª Fase

Possível correção da distribuição automática dos custos da contabilidade geral para a analítica.

3ª Fase

Os custos das secções administrativas são imputados proporcionalmente aos respetivos custos diretos das secções auxiliares e principais.

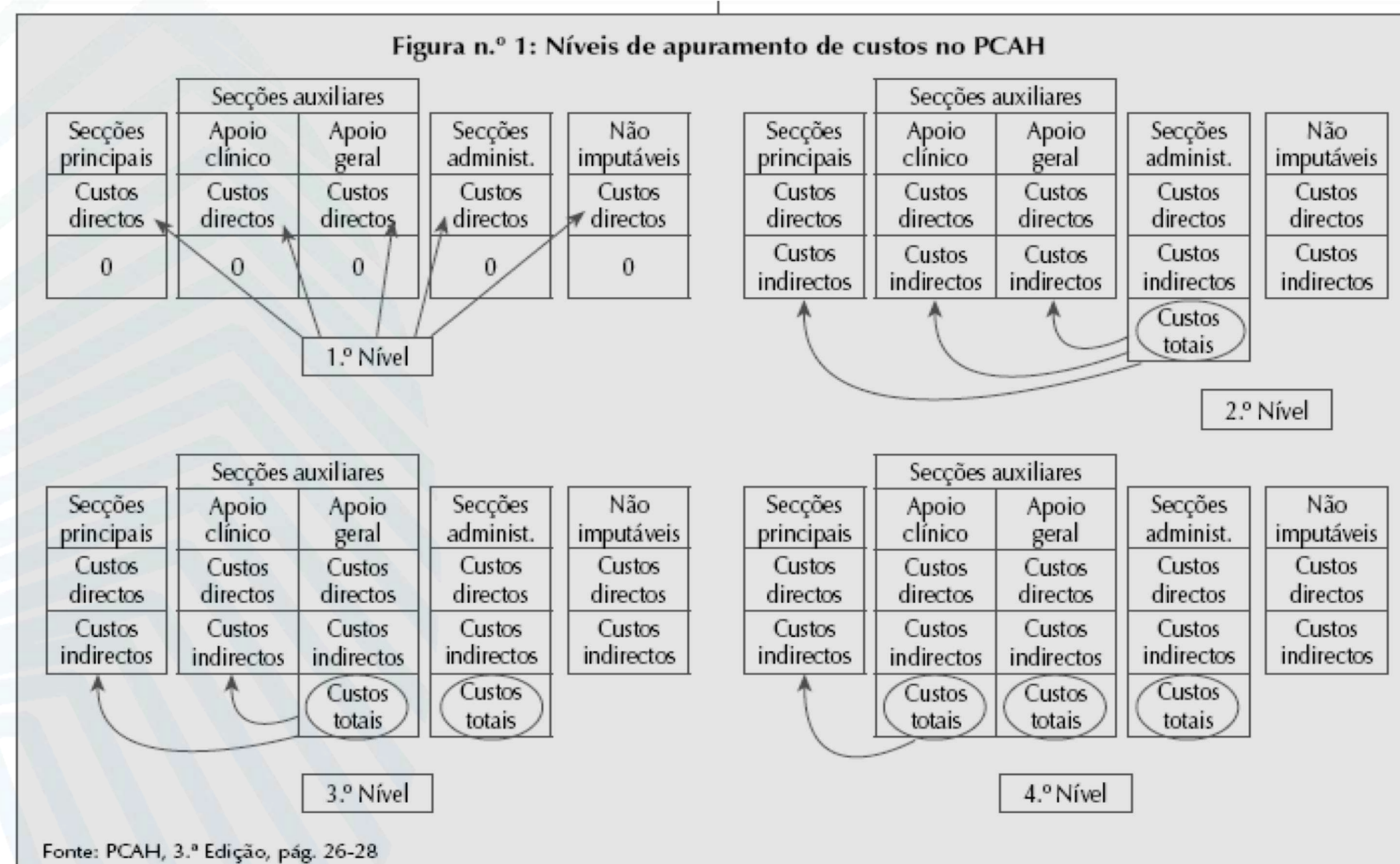
4ª Fase

Imputam-se os custos das secções auxiliares às respetivas secções beneficiárias consoante os serviços prestados. Ficam-se só com os centros de custo principais.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



CUSTOS POR SERVIÇO – TIPOLOGIA DE SECÇÕES:



Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



CUSTOS POR SERVIÇO – TIPOLOGIA DE SECÇÕES:

CUSTOS DIRETOS - EXEMPLOS

CMVMC: Incluem-se nesta rubrica todos os materiais solicitados através de requisições dos centros de custos referentes a Medicamentos, MCD, próteses, agulhas, etc...

Subcontratos: atos ou medicamentos requisitados ao exterior, transporte doentes, etc...

Fornecimento e serviços: incluem-se os honorários com avençados, segurança, limpeza, água, eletricidade, etc.

Pessoal: engloba todos os encargos detidos pelo Hospital com o pessoal (por centros de custos).

Amortizações: corresponde ao valor do desgaste anual dos bens móveis e imóveis afetos a cada centros de custos.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



CUSTOS POR SERVIÇO – TIPOLOGIA DE SECÇÕES:

CUSTOS INDIRETOS - EXEMPLOS

Valor das refeições fornecidas pelos Serviços de alimentação a cada unidade de internamento.

Valor dos exames produzidos pela Imagiologia solicitados por outros serviços.

Valor do número de sessões realizados pelo Serv. MFR aos restantes Serviços.

Valor das análises laboratoriais.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



CUSTOS POR SERVIÇO – TIPOLOGIA DE SECÇÕES:

CUSTOS NÃO IMPUTÁVEIS

São os custos que não são afetos a nenhum centro de custo do Hospital. Após a imputação de custos para as secções principais, e para que a soma dos custos apurados pela contabilidade analítica seja semelhante à contabilidade geral, devem-se somar, à parte, estes custos não imputáveis.

São exemplos os custos de uma Escola de Enfermagem que funcione no espaço físico do Hospital.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

➔ **MÉTODO ABC - IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES :**



As organizações só podem controlar aquilo que fazem: as atividades.



Uma atividade é um acontecimento, tarefa ou unidade de trabalho com um objetivo específico.



A análise das atividades envolve:

- Análise dos processos operacionais (processos de negócio da organização).
- A identificação das atividades em cada departamento.
- Quantas pessoas executam as atividades.
- Quanto tempo levam a executar as atividades.
- Quais os recursos necessários para executar as atividades.
- Qual a informação operacional que melhor reflete o desempenho das atividades.
- A valoração das atividades para a organização.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

➔ MÉTODO ABC - IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES :



Um sistema ABC leva a que a organização defina as atividades mais importantes, quais os custos dessas atividades, quais os seus *outputs* e como medir os *outputs*.



Permite a identificação de atividades que não geram valor. São as atividades que consomem recursos sem a obtenção de benefícios para a organização.



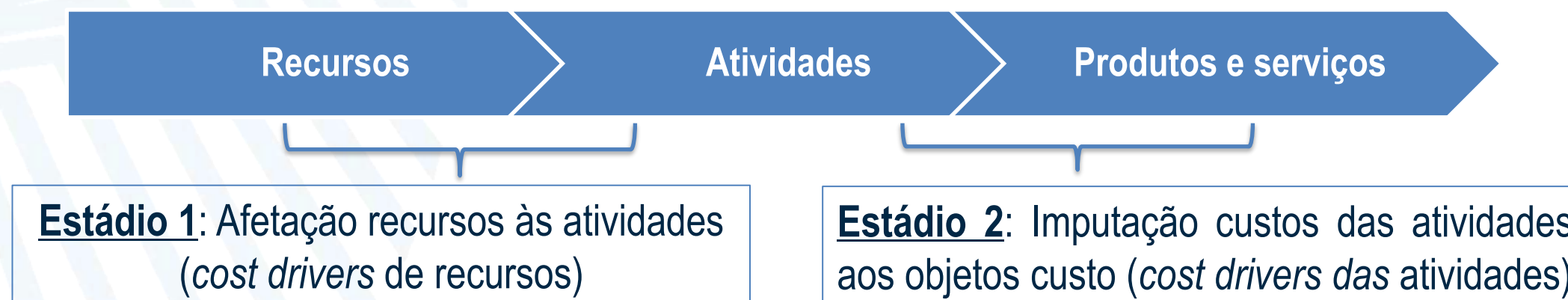
Orienta a atenção dos gestores para a gestão das atividades, principalmente para aquelas que acrescentam valor ao cidadão/utente, facilitando a realização de objetivos e a melhoria da sua produtividade.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



MÉTODO ABC - ETAPAS:

1. Identificar as atividades (principais e auxiliares) realizadas pela entidade e que consomem recursos. Recomenda-se a elaboração de uma matriz de atividades (são exemplo de atividades numa unidade de saúde a realização de cirurgias, de consultas, de cuidados continuados e apoio clínico).
2. Atribuir os custos indiretos às atividades através dos *cost drivers* (indutores de custo) de recursos.
3. Identificar os indutores de custo mais indicados para cada atividade que devem ser utilizados para imputar os gastos das atividades ao objeto de custo final (bens e serviços). O que é que causa o custo de determinada atividade?
4. Calcular o custo unitário de cada indutor de custo.
5. Atribuir custos das atividades aos bens e serviços produzidos multiplicando o custo unitário de cada indutor de custo pelas quantidades consumidas por cada bem ou serviço.



Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

➔ MÉTODO ABC - ETAPAS:

Etapa 1. Identificação das atividades desenvolvidas na organização

Exame do espaço físico da organização, através de um mapa, para se compreender com é que o trabalho está a ser afeto ao espaço.

Obter uma lista de pagamentos dos ordenados e salários ao pessoal para garantir que todo o pessoal relevante está a ser considerado na identificação das atividades.

Realização de entrevistas para identificar as tarefas e funções que são desempenhadas pelos trabalhadores afetos às áreas em análise.

Daqui resulta a identificação de muitas tarefas que acabam por dar origem a atividades.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

➔ MÉTODO ABC - ETAPAS:

Etapa 2. Listagem dos vários recursos da organização e sua imputação às atividades através de *cost drivers* de recursos

Análise da informação da contabilidade financeira. Alguns destes recursos poderão ser facilmente atribuídos às atividades da etapa 1.

Contudo, a maior parte dos recursos (eletricidade, água, pessoal, amortizações) não são atribuíveis a nenhum objeto de custeio em particular, mas sim a diversos, em simultâneo.

Os cost drivers de recursos (têm como objetivo permitir a distribuição dos recursos da entidade pelas atividades em função da utilização e consumo de recursos por estas) assumem particular relevância nesta etapa.

Deverá evitar-se distribuir os recursos pelas atividades de forma arbitrária (aqui também são importantes as entrevistas).

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

➔ MÉTODO ABC - ETAPAS:

Etapa 3. Cálculo dos custos das atividades e seleção dos *cost drivers* de atividades

A determinação do custo das atividades proporciona informação para a gestão das atividades e controlo de custos. Estas três etapas são suficientes para implementar um sistema ABC.

Para se avaliar a razoabilidade das atividades identificadas deve-se verificar se o *cost driver* selecionado consegue **de forma satisfatória evidenciar a causa dos custos contidos na atividade**. Se tal não se verificar há que proceder à decomposição da atividade. A existência de atividades que recorrem ao mesmo *cost driver* para atribuir custos aos objetos de custeio pode significar que se detalharam em excesso e que é possível agregá-las numa única atividade. Os *cost drivers* das atividades permitem atribuir os custos das atividades aos objetos de custeio. **É necessário identificar medidas de output das atividades, individualmente.**

Características que devem ter os *cost drivers* das atividades:

- Devem ser capazes de explicar os custos das atividades
- Facilidade de medição e os inputs de informação para os calcular devem ser de fácil obtenção. Se os custos de obtenção de informação se mostrarem mais elevados do que os benefícios, há que ponderar a escolha de outros *cost drivers*.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

➔ MÉTODO ABC - ETAPAS:

Etapa 4. Cálculo dos cost drivers rates e atribuição dos custos das atividades aos objetos de custeio

Os *cost drivers rates* são calculados através do quociente entre o custo de cada um das atividades e o **total do *cost driver* para o conjunto dos objetos de custeio que consomem essas atividades.**

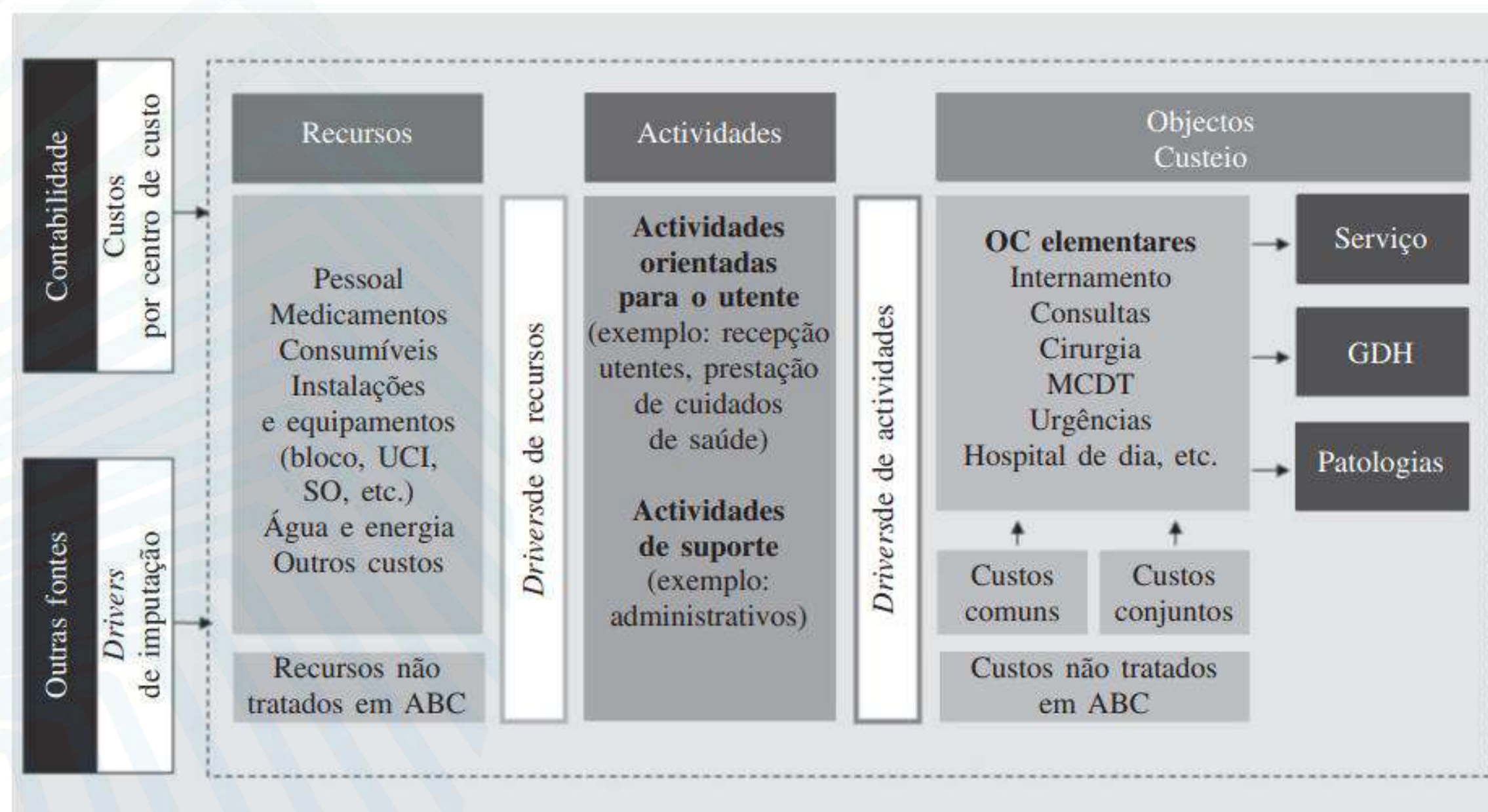
Este quociente fornece informação relevante sobre **quanto custa realizar uma unidade de cada uma das atividades da organização.** Se multiplicados pelo volume do *cost driver* para cada um dos objetos de custeio, permitem a atribuição dos custos de cada atividade aos objetos de custeio.

O custo por objeto de custeio resulta do somatório dos custos atribuídos das diversas atividades envolvidas na sua obtenção.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

→ MÉTODO ABC – EXEMPLOS NO SNS:

Processamento do fluxo de custos através do ABC

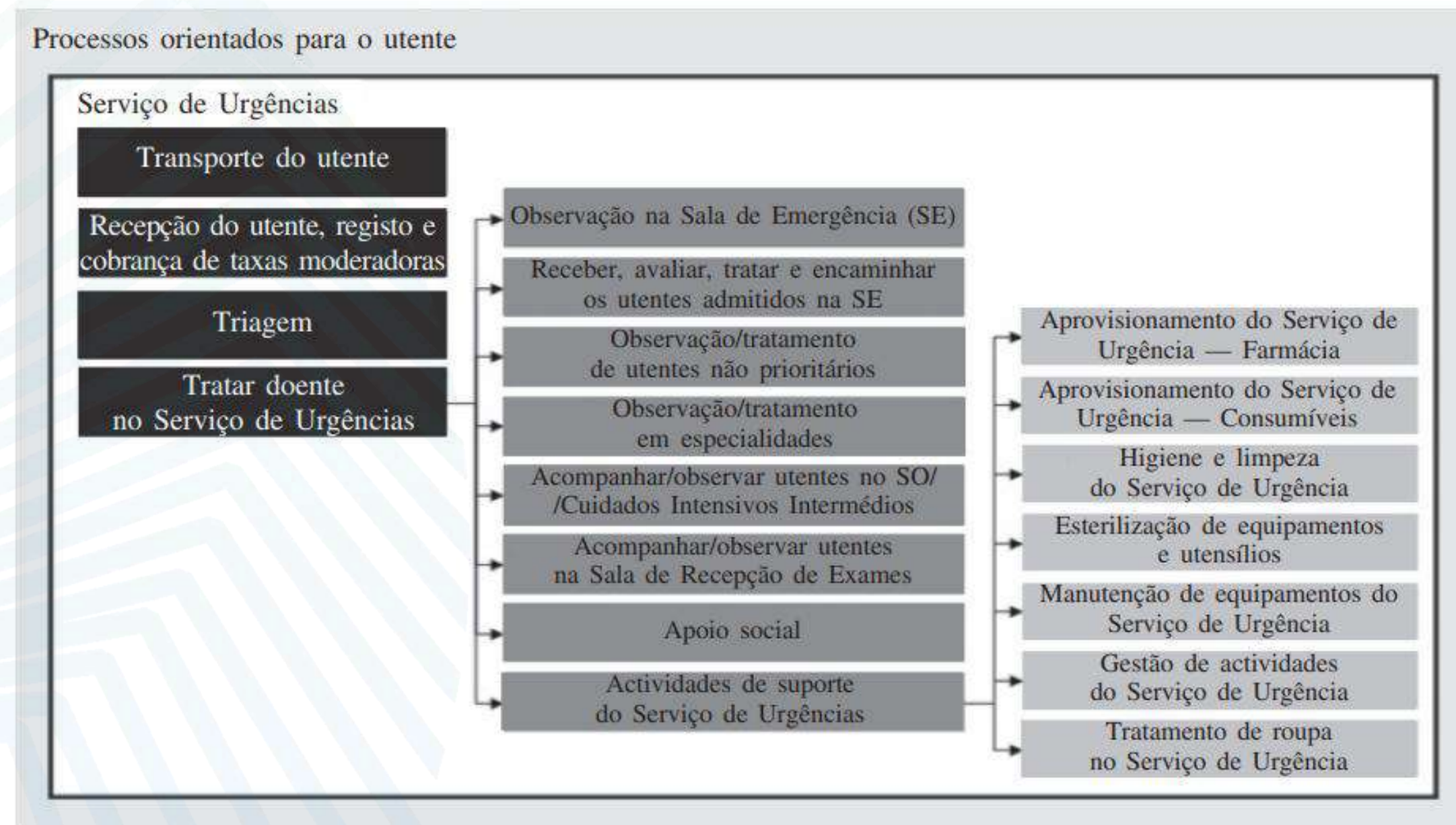


Fonte: Borges, C. M., Ramalho, R., Bajanca, M., Oliveira, T., Major, M., Diz, P., Rodrigues, V. (2010). [Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS](#). Revista Portuguesa de Saúde Pública, (9), 141-160.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

→ MÉTODO ABC – EXEMPLOS NO SNS:

Decomposição das atividades no serviço urgências

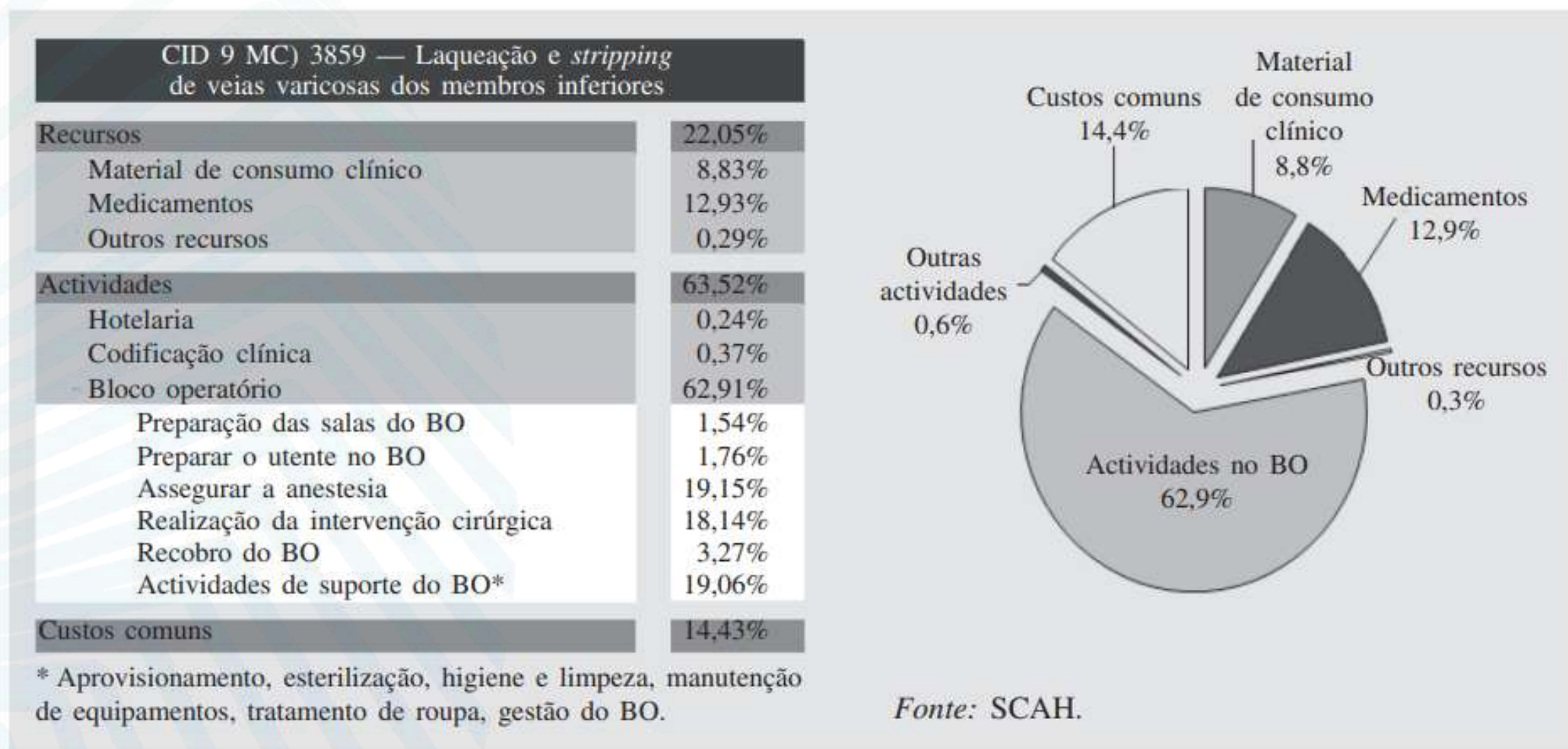


Fonte: Borges, C. M., Ramalho, R., Bajanca, M., Oliveira, T., Major, M., Diz, P., Rodrigues, V. (2010). [Implementação de um sistema de custeio por atividades nos hospitais do SNS](#). Revista Portuguesa de Saúde Pública, (9), 141-160.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

→ MÉTODO ABC – EXEMPLOS NO SNS:

Decomposição do objeto de custeio elementar — Procedimento cirúrgico 3859 — Laqueação e stripping de veias varicosas dos membros inferiores

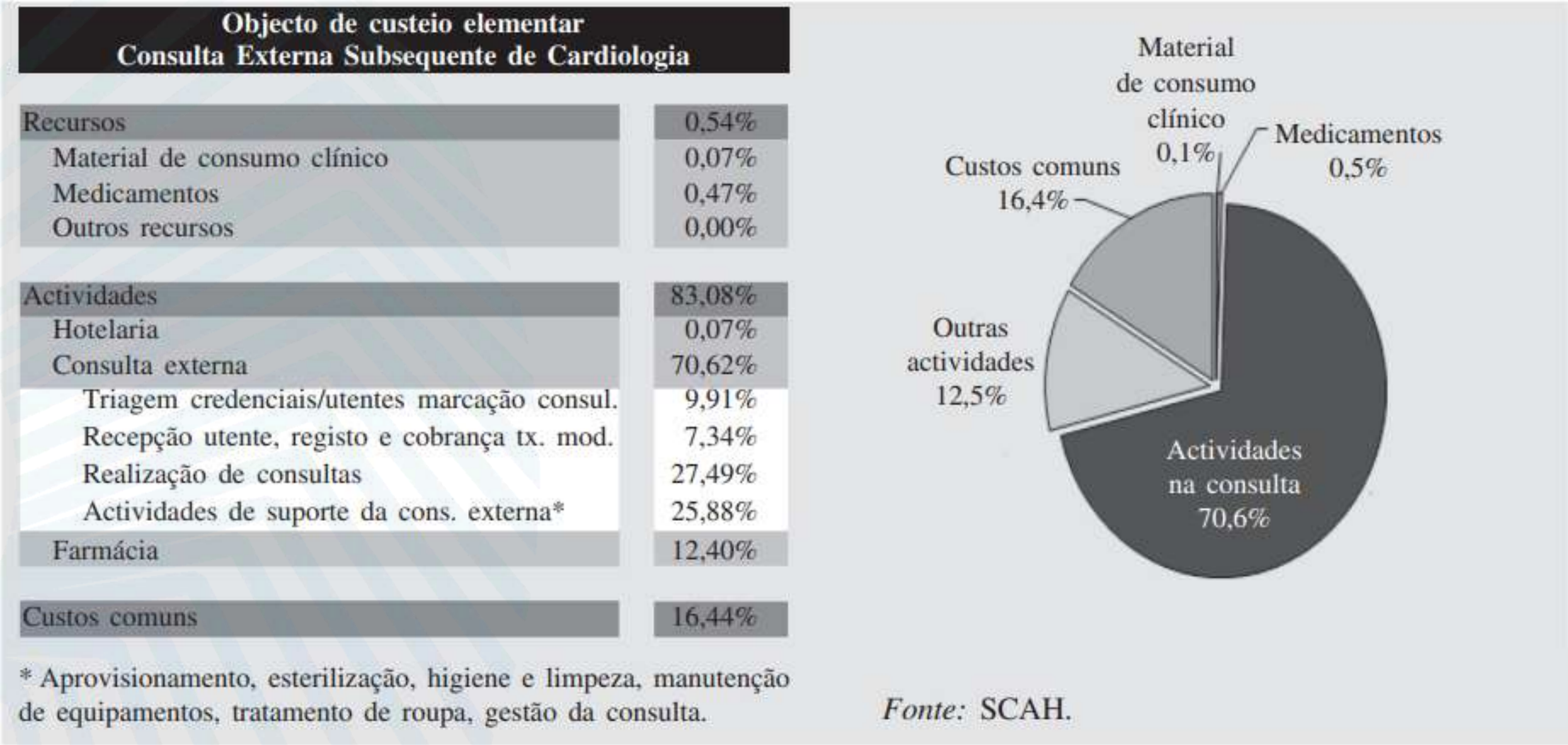


Fonte: Borges, C. M., Ramalho, R., Bajanca, M., Oliveira, T., Major, M., Diz, P., Rodrigues, V. (2010). [Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS](#). Revista Portuguesa de Saúde Pública, (9), 141-160.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

➔ **MÉTODO ABC – EXEMPLOS NO SNS:**

Decomposição do objecto de custeio elementar — Consulta Externa Subsequente de Cardiologia



Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



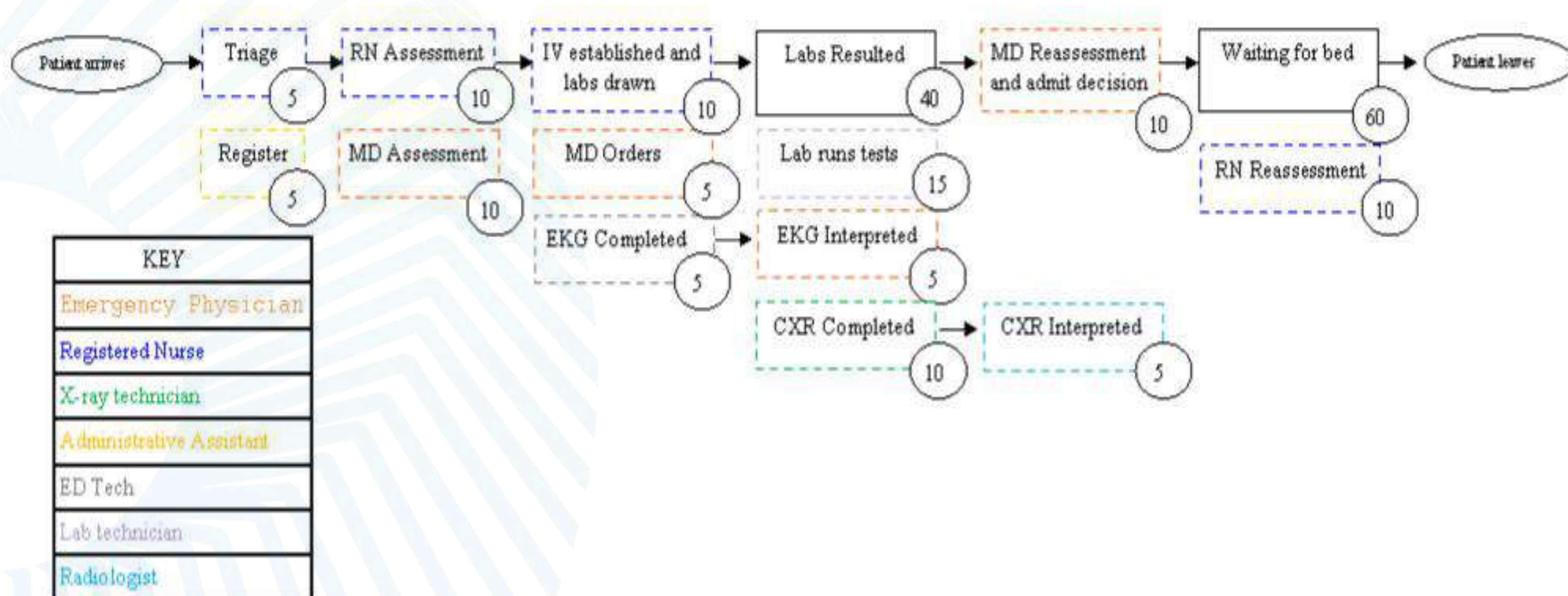
MÉTODO *TIME DRIVEN ACTIVITY BASED COSTING*:

- ✓ Considera os custos totais dos recursos utilizados por utente, à medida que este atravessa o sistema, o que significa acompanhar a sequência e duração dos processos clínicos e administrativos utilizados pelos utentes individuais (atribui os custos com precisão e de forma relativamente fácil a cada etapa dos processos realizados ao longo do caminho percorrido pelo utente).
- ✓ Esta versão melhorada do ABC exige que os prestadores estimem apenas dois parâmetros em cada etapa do processo:
 - O custo unitário de cada um dos recursos utilizados no processo/atividade;
 - A quantidade de tempo que o utente passa em cada atividade/recurso.
- ✓ Estima o tempo necessário cada vez que uma atividade é realizada, ou seja, o método não tem em consideração o tempo médio gasto pelos prestadores a realizar uma atividade, mas a duração de uma unidade de cada atividade.
- ✓ Permite identificar os custos dos diversos departamentos e a sua capacidade prática, que no caso das organizações de saúde é expressa como a quantidade de tempo que os prestadores podem trabalhar, sem tempo de inatividade (*benchmark* interno, análise de rentabilidade, entre outras).

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos

→ MÉTODO TIME DRIVEN ACTIVITY BASED COSTING:

Process map for chest pain, with approximated times within circles



Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



MÉTODO DE CUSTEIO POR DOENTE:

Sistema de custeio tipo *bottom up*, em que é conseguido o registo individual dos custos em cada episódio de internamento, incluindo os recursos consumidos e as devidas imputações dos custos das secções que concorrem indirectamente para o seu custo total. Idealmente, este sistema necessita de um bom sistema informático que suporte todos os registos.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



MÉTODO DE CUSTEIO POR DOENTE - VANTAGENS:

- ✓ Conhecer melhor a estrutura de consumo de recursos das organizações prestadoras de cuidados de saúde.
- ✓ Permitir tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado.
- ✓ Reorganizar processos produtivos no sentido de maximizar a sua eficiência, qualidade e valor para o utente.
- ✓ Permitir a aplicação de metodologias de avaliação económica entre cenários alternativos.
- ✓ Gerir o doente ao longo do processo de produção com critérios de custo- efectividade.

Custeio em saúde | Metodologias de apuramento de custos



MÉTODO DE CUSTEIO POR DOENTE - VANTAGENS:

- ✓ Possibilitar a realização de estudos de acordo com a entidade de agrupamento desejada (por exemplo: obter custos por patologia, por produto ou por localização geográfica).
- ✓ Contribuir para melhoria organizacional através da comparação e utilização de técnicas de benchmarking entre organizações.
- ✓ Constituir um elemento agregador em processos de integração de cuidados de saúde.
- ✓ Permitir desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços com maior rigor e fiabilidade.
- ✓ Identificar linhas de produção ou produtos de intervenção prioritária.

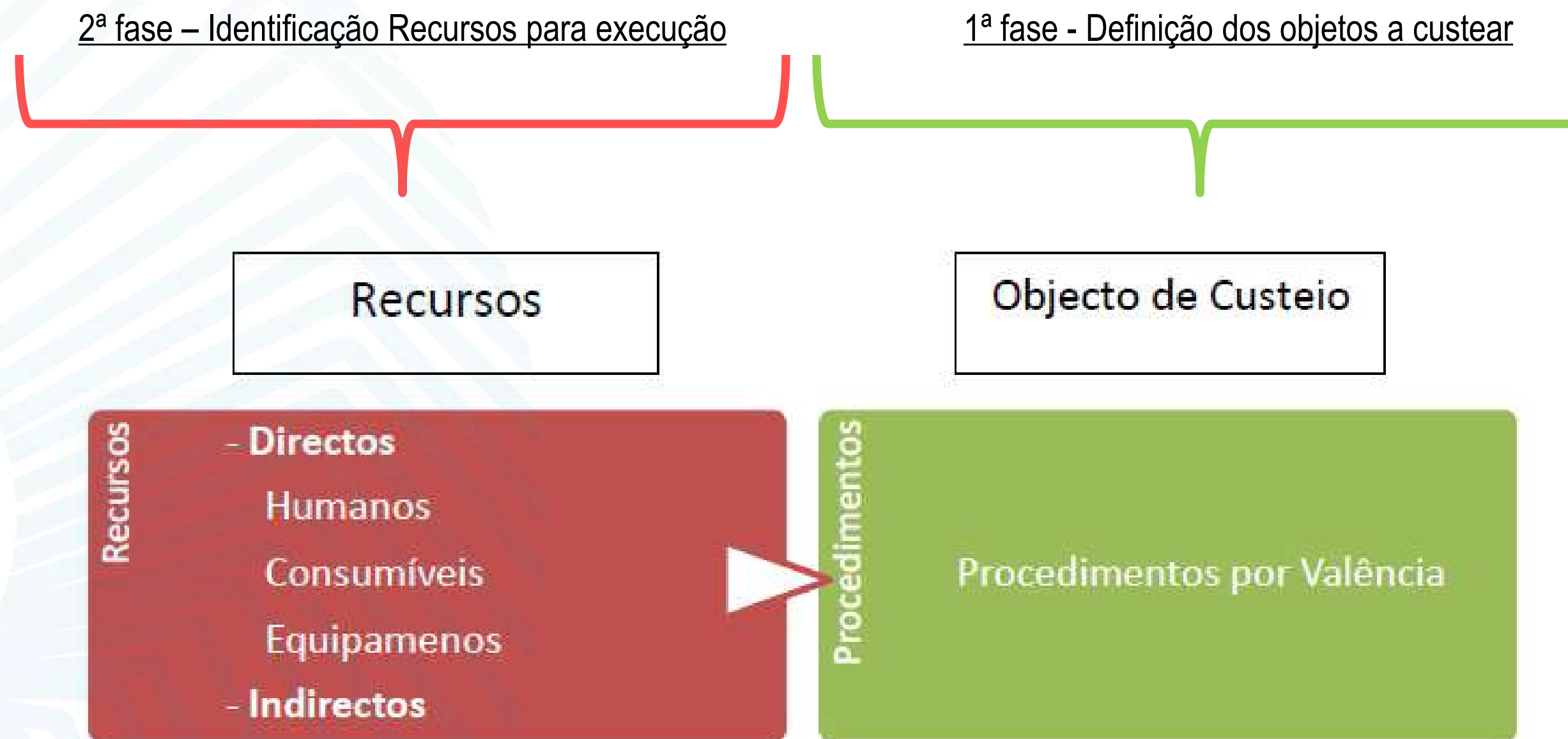
Custeio em saúde | Exemplos de custeio no SNS

➔ CUSTEIO DE MCDT:

- ✓ **Painéis de Peritos**, por especialidade – identificam listas de procedimentos e descrevem as componentes de custo.
- ✓ Custeio orientado por **boas práticas/qualidade** e incentivar a **rentabilidade média/alta** dos recursos necessários.
- ✓ Considerar o **custo-benefício da obtenção da informação** para o custeio.
- ✓ Validar da informação recolhida no âmbito do processo (**contraprova**) – efetuada pela ACSS, no final do custeio.
- ✓ Garantir o **tratamento informático dos dados** utilizados no processo de custeio.
- ✓ Implementar metodologia de custeio que esteja **tecnicamente validada por entidades externas**, ligadas à academia.
- ✓ Utilizar os valores para construção da **Tabela de Preços do SNS** (define nomenclaturas, ponderações e preços).

Custeio em saúde | Exemplos de custeio no SNS

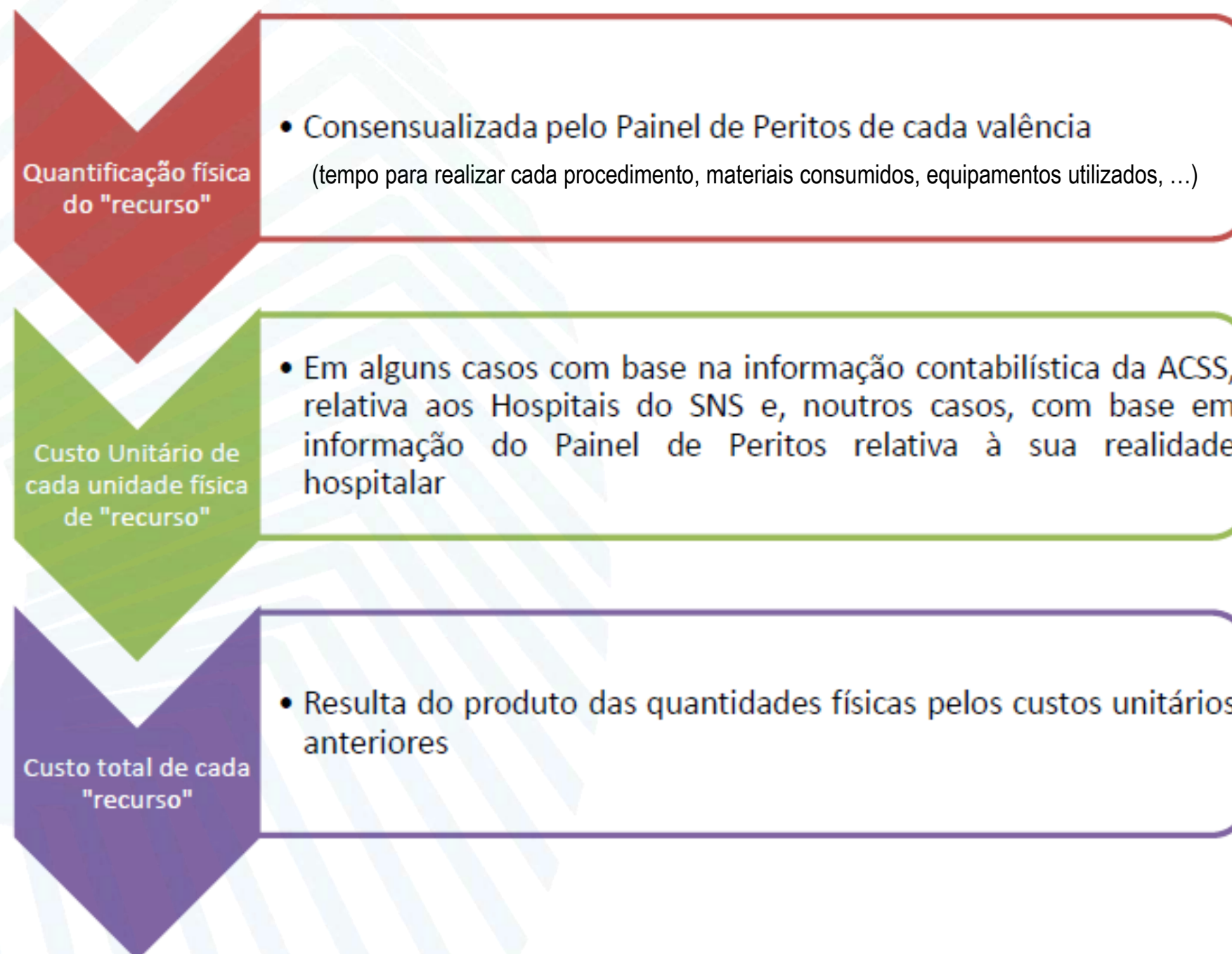
→ CUSTEIO DE MCDT:



Custeio em saúde | Exemplos de custeio no SNS

→ CUSTEIO DE MCDT:

Sequência da determinação do Custo por Procedimento

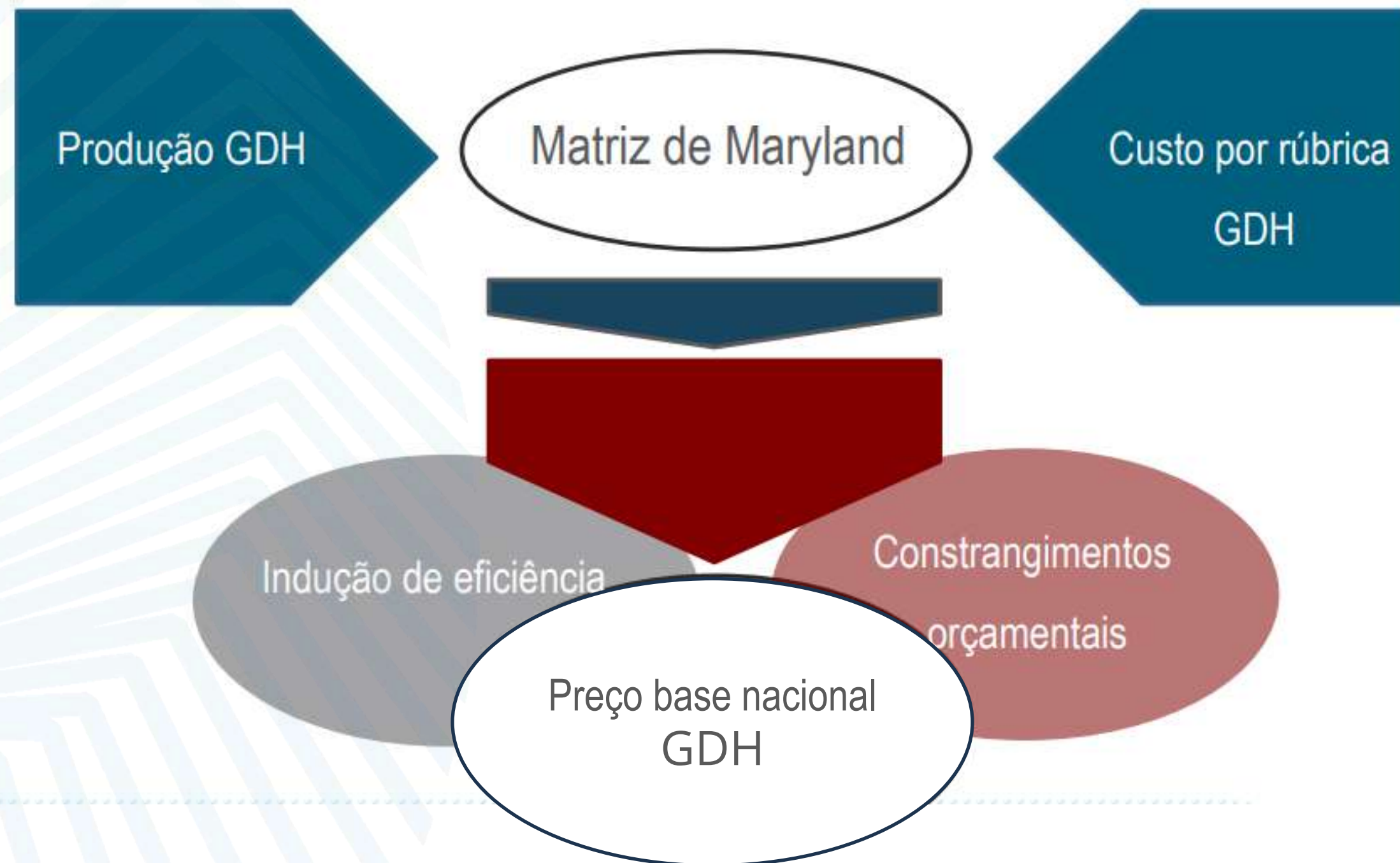


Modelo "Custeio Standard"

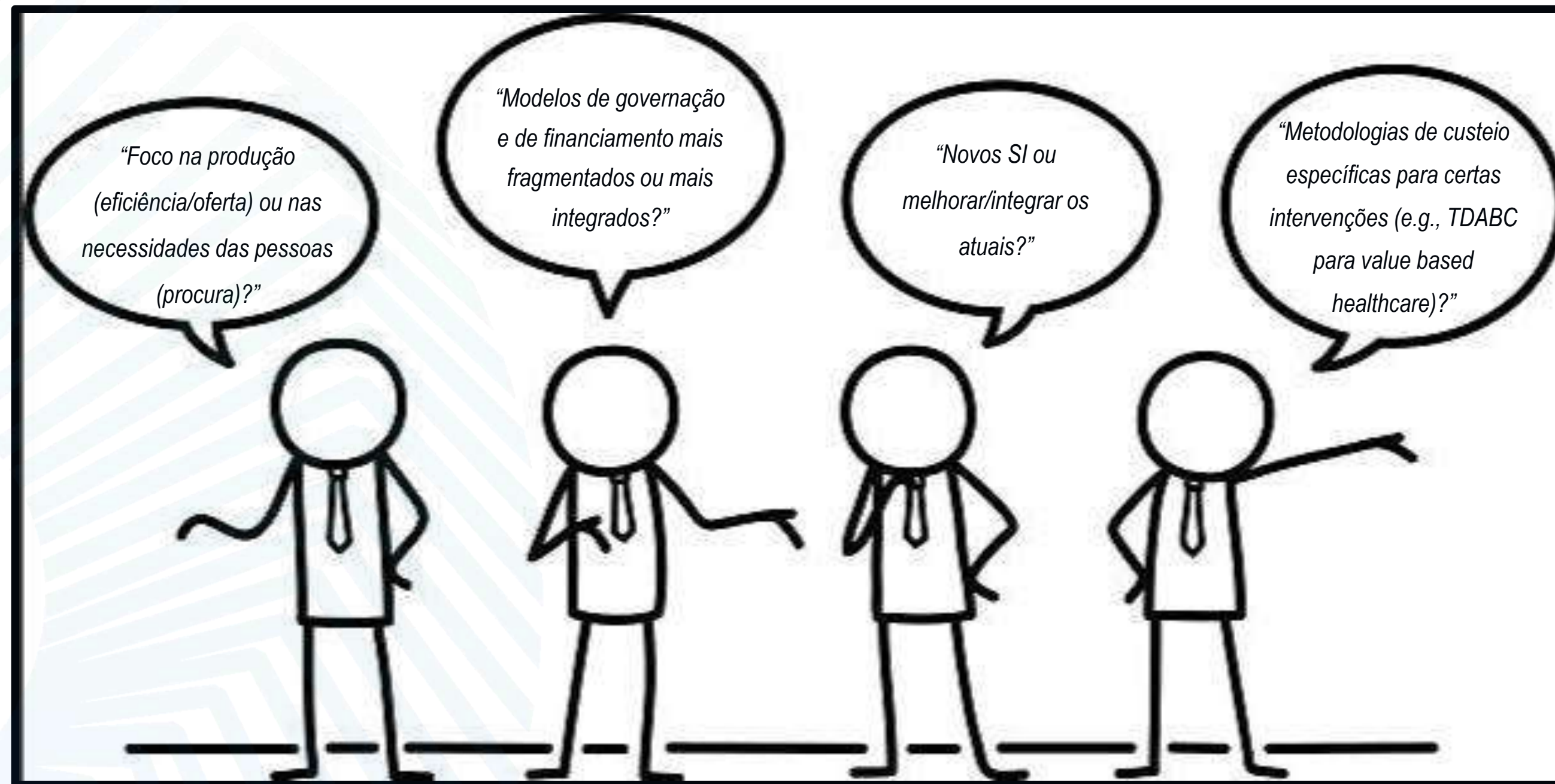
(base em critérios racionalidade económica)

Custeio em saúde | Exemplos de custeio no SNS

→ CUSTEIO DE GDH:



Custeio em saúde | Evolução futura no SNS?



Obrigado Pela Atenção!

Ricardo Mestre
(ricardo.mestre@ensp.unl.pt)