



Ministério da Saúde



Projecto de definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde

Relatório IV – Proposta de Modelo de Acompanhamento

Rui Santana, Ana Patrícia Marques, Inês Diogo

- Lisboa, Junho de 2011 -

Índice

1. Introdução

2. Proposta de Modelo de Acompanhamento

1.1. Enquadramento



Em função das etapas definidas, esta é a **IV Fase** do projecto de investigação “Definição do modelo de acompanhamento das ULS”;

Em função do II Relatório do actual projecto, o modelo de acompanhamento anterior mostrou-se **desadequado** (resulta do modelo com origem eminentemente hospitalar, centrado na produção dos serviços e separado por nível de cuidados de saúde);

Os resultados da investigação anterior identificam margem para obtenção de **ganhos organizacionais** através de um incremento do nível de integração (melhores resultados) (EGIOS).

1.2. Características diferenciadoras



- Organizações de saúde são as mais complexas de serem geridas (Drucker, 1988). As ULS têm um conjunto de elementos organizacionais em maior número e diversidade;
- O facto do processo de produção ser baseado num *continuum* de cuidados (não episódico);
- Serem unidades que funcionam num contexto geo-demográfico delimitado (base populacional);
- Estarem dispostas a assumir um maior risco financeiro através da utilização de uma unidade de pagamento assente na capitação ajustada pelo risco;
- Dirigido às necessidades em saúde da população que serve (prioridade estratégica centrada nos cuidados de primeira linha).

1.2. Ajustamento pelo risco

Segundo a Joint Commission Performance Measurement (2006), **o ajustamento pelo risco** consiste num processo estatístico utilizado para identificar e ajustar a variação de resultados dos doentes originada pela diferença das suas características (ou factores de risco) entre organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Shaughnessy e Hittle (2002) referem que a motivação principal do ajustamento pelo risco é a **possibilidade de comparação entre resultados e/ou performance ao nível individual ou de grupos de indivíduos, populações ou contrapartes**, cujos potenciais propósitos podem incluir (Iezzoni, 2003; Liu *et al.*, 2005):

- Estabelecer níveis de pagamentos por indivíduo ou para planos de seguros;
- Incentivar os prestadores a aceitar utentes com elevados riscos;
- Comparar os níveis de eficiência e custos entre prestadores e seguros de saúde;
- Produzir relatórios públicos sobre a performance dos prestadores individuais;
- Permitir a comparação interna dos resultados obtidos por doente entre médicos no sentido de melhorar a sua performance.

1.2. Mudança de paradigma – uma nova realidade organizacional

Antigo Paradigma	Novo Paradigma
<ul style="list-style-type: none">• Especialização do trabalho• Outputs por nível de cuidados• Actos médicos sem continuidade	<ul style="list-style-type: none">• Especialização em contexto de multidisciplinidade do conhecimento• Cadeia de Valor• Interdependência de actos
<ul style="list-style-type: none">• Trabalho individual• Incentivos financeiros distintos	<ul style="list-style-type: none">• Integração em equipas multidisciplinares• Programa de incentivos uniformes
<ul style="list-style-type: none">• Baseado em departamentos e serviços• Determinado pelas preferências dos produtores	<ul style="list-style-type: none">• Programas de doença• Organização Matricial• Determinado pelas necessidades dos consumidores
<ul style="list-style-type: none">• Ênfase nos cuidados agudos• Tratamento de doenças• Responsabilidade pelos indivíduos	<ul style="list-style-type: none">• Ênfase no continuum de cuidados• Manutenção do bem-estar• Responsabilidade por uma população
<ul style="list-style-type: none">• Enfoque nas organizações• Enfoque nos recursos estruturais, produtividade (taxa de ocupação) e eficiência interna (DM)	<ul style="list-style-type: none">• Enfoque nas interligações, na coordenação dos elementos e na rede de prestação para a adequar às necessidades

Índice

1. Introdução

2. Proposta de Modelo de Acompanhamento

2.1. Âmbito e delimitação



A **óptica do modelo** que é apresentado é a da **ACSS** (diferentes utilizadores apresentam necessidades de informação distintas);

Sendo definido na óptica da ACSS, o modelo é **eminentemente externo**.

A definição do modelo de monitorização e acompanhamento dirige-se essencialmente a **necessidades rotineiras e sistemáticas** de informação considerada relevante sobre a evolução das ULS ao longo do exercício económico.

Da revisão de literatura efectuada verifica-se essencialmente:

- Não existe “um” modelo de acompanhamento (cada país desenvolveu o seu);
- Nem todos os modelos são estruturados da mesma forma (dimensões e indicadores);
- Nem sempre as mesmas designações (dimensões e indicadores) apresentam o mesmo significado.

2.2. Princípios



Comparabilidade: os resultados apurados para cada ULS devem permitir a comparação entre ULS e outras unidades de prestação de cuidados de saúde (independentemente da forma organizacional da estrutura de oferta de cuidados);

Adequação: o modelo de monitorização e acompanhamento disponibiliza os conteúdos segundo as necessidades de informação de cada utilizador;

Unicidade: a ULS é entendida como uma unidade organizacional única, sendo acompanhada nos seus resultados. Independentemente do número e diversidade de unidades funcionais internas;

Prospectividade: mais do que identificar retrospectivamente os desvios face ao esperado, pretende-se que o modelo seja promotor de uma actuação dirigida a definir actividades e procedimentos futuros que permitam resolver e evitar os problemas identificado;

Dinâmica evolutiva: a proposta de modelo de monitorização e acompanhamento agora sugerida deve ser encarada numa perspectiva de *contínuos improvement*;

2.3. Definição



O que é o modelo de monitorização e acompanhamento das ULS?

O modelo de monitorização e acompanhamento das ULS é um conjunto de elementos interligados entre si que a partir do seu funcionamento conjunto pretende efectuar o controlo da actividade desenvolvida nas ULS de forma a poder identificar os desvios face aos objectivos e metas definidas inicialmente, bem como intervir na realidade existente de forma a permitir a aplicação de medidas correctivas, sempre que tal se justifique.

São elementos estruturantes desse modelo: Objectivo, Objecto, Actores, Indicadores, *Timing* e o Sistema de Informação.

2.4. Objectivos



Os **objectivos gerais** do modelo de monitorização e acompanhamento são:

- Melhorar a prestação de cuidados de saúde às populações, eficiência, efectividade, acesso;
- Contribuir para o desenvolvimento de instrumentos de apoio ao processo de financiamento e negociação com as ULS;
- Contribuir para uma melhoria dos processos de planeamento e controlo das ULS;

Os **objectivos específicos** que se pretendem atingir através do modelo de acompanhamento das ULS são os seguintes:

- Fornecer informação aos decisores em saúde;
- Identificar os desvios mais significativos face aos valores de referência;
- Identificar prioridades de actuação;
- Propor medidas correctivas para possíveis desvios de actividade;
- Constituir um arquivo histórico que permita a memória futura sobre a actividade desenvolvida nas ULS.

2.5. Objecto de monitorização e acompanhamento



Existência de um conjunto de instrumentos de planeamento. Plano de Negócios (estratégico), Plano de Actividades (operacional) e Plano de Desempenho (operacional).

O objecto “alargado” de monitorização e acompanhamento centra-se nas actividades desenvolvidas pelas ULS em função dos objectivos esperados destas unidades:

- Prestar cuidados de saúde com a máxima eficiência
- Melhorar o acesso das populações aos cuidados de saúde
- Garantir a qualidade dos serviços prestados
- Sustentabilidade económico-financeira
- Garantir a satisfação dos clientes internos e externos à organização
- Criação de valor em saúde (resultados vs custos)

2.6. Actores



Entidade	Documento	Descrição
ACSS	Lei Orgânica - Decreto-Lei 219/2007 de 29 de Maio no seu nº2 do artigo 3º alínea e)	Acompanhar, avaliar e controlar o desempenho económico-financeiro dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P., bem como desenvolver e implementar acordos com outras entidades responsáveis pelo pagamento de prestações de cuidados de saúde.
ARS	Lei Orgânica - Decreto-Lei 222/2007 de 29 de Maio no seu nº2 do artigo 3º alínea t)	Afectar recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde financiados pelo Serviço Nacional de Saúde, através da negociação, celebração e acompanhamento de contratos-programa.



2.6. Actores



Entidade	Documento	Descrição
ULS	Contrato-Programa, cláusula 31 ^a	<p>1. A ULS deve desenvolver internamente ferramentas que sustentem a correcta e integral monitorização das obrigações definidas no presente contrato e instituir os procedimentos necessários ao processo de auto-avaliação e de reporte de informação à ARS e ACSS, I.P</p> <p>2. A ULS obriga-se em matéria de informação a enviar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) relatório analítico mensal de actividade reportado ao mês anterior à ARS e à ACSS, I.P, de acordo com as orientações destas entidades; b) informação sobre o consumo de medicamentos como preconizado na Portaria nº 155/2007, de 31 de Janeiro ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; c) outras informações económico-financeiras e de produção de acordo com as orientações dos órgãos de tutela.



2.7. Indicadores



Quantos indicadores incluir no modelo ?

Numa perspectiva meramente indicativa (não regulamentar) segue-se a orientação estabelecida pela OCDE (2006), onde foi identificado um número aproximado de 50 indicadores como sendo referência para sistemas de monitorização desta natureza.

Quais os indicadores a incluir no modelo ?

Para escolher os indicadores a incluir no modelo foram cumpridas quatro etapas essenciais: a recolha de informação, ordenação/ classificação, a selecção (foram utilizados os critérios sugeridos por McGlynn (2003)) e a revisão.

2.7.1. Recolha de informação - Listagem de indicadores



Fontes Nacionais:

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde. Ministério da Saúde

CPH – Contrato-Programa Hospitais E.P.E. Ministério da Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa

PNS – Plano Nacional de Saúde. Ministério da Saúde

ULS – Unidades Locais de Saúde. Ministério da Saúde

Fontes Internacionais:

AHRQ QIs - Agency for Healthcare Research and Quality, Quality Indicators - Estados Unidos da América

CIHI – Canadian Institute of Health Indicators - Canadá

ECHIM - European Community Health Indicators Monitoring – Comissão Europeia

HEDIS – Healthcare Effectiveness Data Information Set - Estados Unidos da América

KP – Kaiser Foundation – Estados Unidos da América

NHS – National Health Service – The Indicators for Quality Improvement - Reino Unido

AIS - National Indicator Set – Australian Institute of Health and Welfare - Austrália

SS - State Storecard Measures– Commonwealth Fund Commission - Estados Unidos da América

Indicadores	Modelo	País	Ano	Quantidade
Nacionais	ACES	Portugal	2009	131
	CPH	Portugal	2009	33
	ENSP	Portugal	2008	4
	PNS	Portugal	2004-2010	122
	ULS	Portugal	2009	49
Internacionais	AHRQ	EUA	2007	91
	ECHIM	Comissão Europeia	2008 - 2011	43
	HEDIS	NCQA – EUA	2010	59
	CIHI	Canadá	2010	26
	Kaiser	EUA	2010	374
	AIS	Austrália	2009	55
	NHS	Reino Unido	2009	250
	SS	CFC – EUA	2009	38
TOTAL				1.275

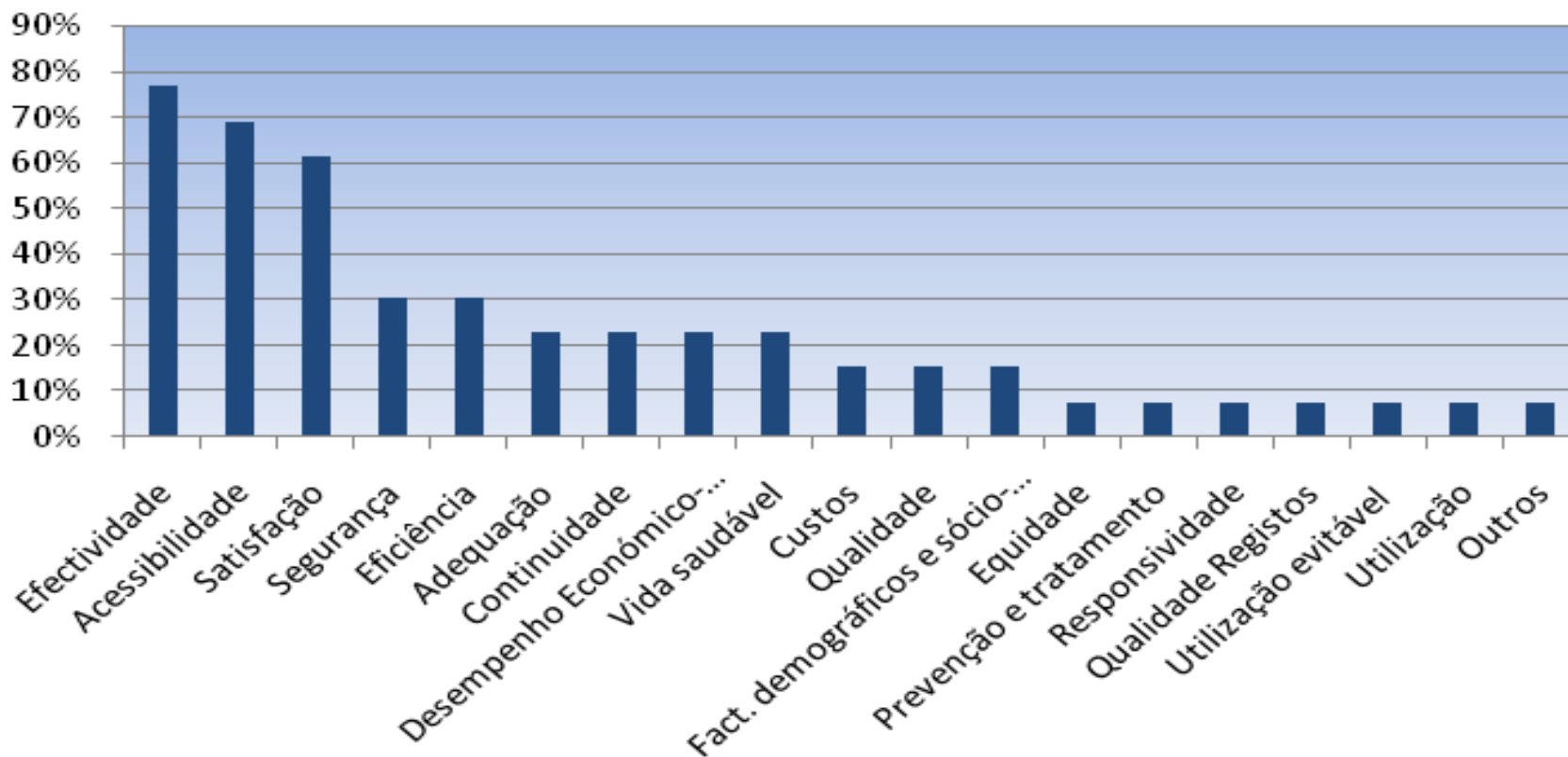


[illegible]

2.7.2. Ordenação/ classificação - Dimensões



■ % de modelos que utilizam a dimensão



2.7.3. Selecção de indicadores



CrITÉrios de Selecção dos Indicadores	Eixo estratégico/Objectivos	Escalas	Significado da Escala
Relevância do indicador em função dos objectivos	O indicador vai ao encontro dos objectivos definidos para as ULS?	0	Não importante
		1	Pouco Importante
		2	Importante
		3	Muito Importante
Relevância do indicador para a tomada de decisão	O indicador facilita o processo de tomada de decisão?	0	Não importante
		1	Pouco Importante
		2	Importante
		3	Muito Importante
Facilidade de cálculo	O Indicador é possível de obter?	0	Impossível de obter
		1	Díficil obtenção através dos SI (exige cálculos auxiliares)
		2	Obtido directamente através dos actuais SI

2.7.3. Indicadores seleccionados



Indicadores Socio-Demográficos

- População por sexo e idade
- Taxa de desemprego
- Taxa bruta de natalidade
- Taxa de fertilidade
- Índice de envelhecimento
- Índice de feminização
- Índice de escolaridade
- Índice dependência total
- Camas hospitalares
- Médicos por 100.000 habitantes
- Médicos especialistas por 100,000 habitantes
- Médicos medicina familiar por 100.000 habitantes
- Enfermeiros por 100.000 habitantes



2.7.3. Indicadores seleccionados



Indicadores de Estado de Saúde

Mortalidade por cancro da mama
Mortalidade por cancro colo rectal
Mortalidade por cancro do colo do útero
Mortalidade perinatal
Mortalidade neonatal
Mortalidade infantil
Incidência de cancro
- cancro da mama
- cancro colo do útero
- cancro do cólon e recto
Sífilis congénita
Mortalidade por HIV/SIDA
Consumo de Tabaco
Consumo de Álcool

Taxa de mortalidade padronizada
Morte em GDH de baixa mortalidade
Mortalidade por DIC
Mortalidade por AVC
Prevalência de distúrbio ansioso
Prevalência de perturbação depressiva
Prevalência de demência
Mortalidade por suicídio
Prevalência de diabetes na pop. Inscrita
Prevalência de DPOC na pop. Inscrita
Prevalência de asma na pop. Inscrita
Prevalência de HTA e HTA c/ complicações
Esperança de vida
AVPP por 100.000 habitantes

2.7.3. Indicadores seleccionados



Acesso/ Qualidade/ Eficiência/ Satisfação/ Sust. Económico Financeira

Abordagem multidisciplinar à diabetes -
Avaliação de:

- Índice de massa corporal
- Níveis de hemoglobina
- Pressão arterial
- Lípidos séricos (colesterol, triglicídeos e HDL)
- Exame oftalmológico
- Exame aos pés
- teste microalbuminúria
- Monitorização nefropática

Crianças com PNV actualizado

Vacinas contra a gripe em adultos

Tempo médio de espera do hospital

% utentes satisfeitos/muito satisfeitos

Adequação de internamento

Prevention Quality Indicators (ACSC)

Taxa de admissão de pneumonia bacteriana

Taxa de admissão de desidratação

Taxa de admissão de infecção do trato urinário

Taxa de admissão por Hipertensão

Taxa de admissão de doentes com asma

Taxa de admissão de diabéticos c/c curto prazo

Taxa de admissão de diabéticos c/c longo prazo

Acesso/ Qualidade/ Eficiência/ Satisfação/ Sust. Económico Financeira

Demora média (obs./esp.)	Amputação do pé diabético
% primeiras consultas de gravidez no 1º trimestre	Taxa de admissão por DPOC
Rastreio Cancro mama, colo do útero e colo-rectal	Taxa de admissão por angina
Controlo pressão arterial (patologias específicas)	Taxa de admissão por diabetes descontrolado
Readmissões não programadas	Taxa de admissão Congestive heart failure
Taxa de cesarianas	% Baixo peso à nascença
% consultas ao utente pelo médico de família	Incidência da úlcera de decúbito
Taxa de utilização global de consultas	Infeções associadas aos cuidados médicos hospitalares
Custos/ Financiamento per capita	EBITDA
Custos Observados/ Custos Esperados per capita	Custos ajustado per capita
Cash-Flow gerado	

2.7.3. Indicadores Seleccionados - Estrutura *rationale*



Característica	Descrição
Designação	Indica qual o nome do indicador, referência principal pelo qual é conhecido.
Nº do indicador	Número sequencial atribuído a cada indicador. Esta referência serve mormente para uma melhor referenciação do indicador em causa.
Enquadramento Geral	Inclui uma contextualização da temática particular onde se insere o indicador.
Categoria	Detalha qual a etapa onde é incluído o indicador segundo a lógica identificada por Donabedian (1980): estrutura, processo ou resultado.
Dimensão	É identificada qual a dimensão do indicador. Apesar de não existir um consenso sobre a quantidade e detalhe das dimensões a utilizar, as mais comuns são: Acesso, Eficiência, Qualidade, Efectividade, Satisfação.
Rationale	Detalha-se o seu objectivo, é explicada a razão de ser do indicador, justifica-se a sua importância (porque é utilizado) e de que forma deve ser lido.
Referências bibliográficas	Indica quais os principais estudos científicos que validam a utilização do indicador. Através destas referências poderá obter-se o estado de arte sobre o indicador em causa.
Sites de interesse	Identificam-se os sítios de internet que poderão ser de interesse.

2.8. Momentos de monitorização e acompanhamento



- Propõe-se o alargamento do actual entendimento de exercício económico de forma a coincidir com o ciclo de planeamento estratégico e modelo de financiamento (**3 anos**) – Definição de Plano de Acompanhamento;
- Monitorização de **base trimestral**, realizando-se 12 momentos em cada ciclo trienal de funcionamento das ULS, através de um relatório de acompanhamento elaborado pelas ULS e comentado pelas respectivas ARS que inclua obrigatoriamente:
 - A evolução dos indicadores e identificação de desvios;
 - A justificação das principais causas de desvio;
 - A apresentação de medidas correctivas.
- Em cada **semestre** para além dos momentos de monitorização e acompanhamento individuais de cada unidade, deverá também ser proporcionada uma **sessão de trabalho regular conjunta entre ULS** onde serão apresentados os resultados alcançados por cada unidade aos seus respectivos pares. Em cada **semestre** deverá realizar-se também uma reunião de acompanhamento onde sejam debatidos os aspectos mais relevantes entre ULS, ARS e ACSS;
- A sistematização dos momentos de avaliação, não excluí a possibilidade de realização de momentos de monitorização e acompanhamento extraordinários sempre a ACSS entenda necessário.

2.9. Sistema de Informação

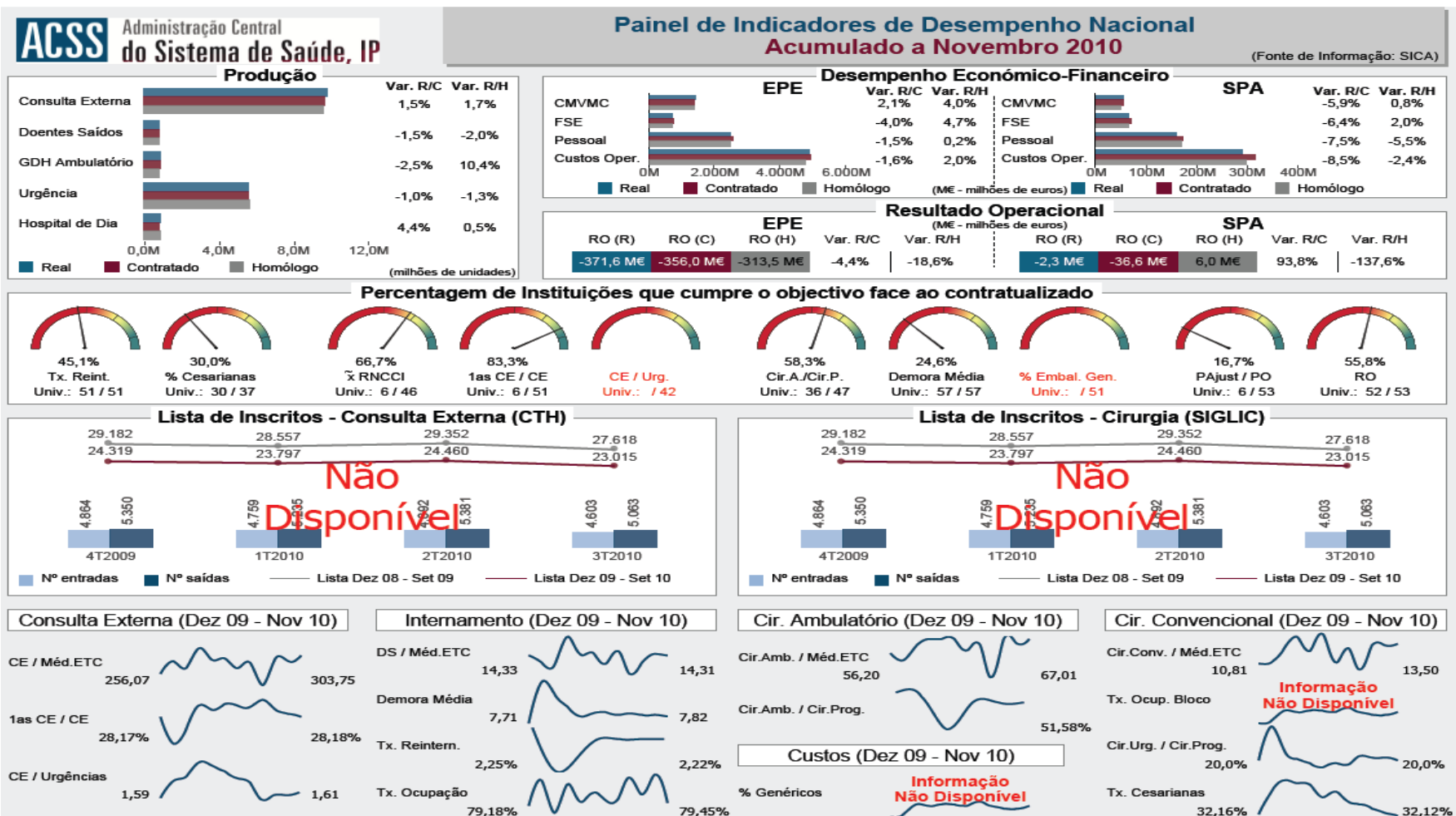


Sabe-se à partida que a leitura de um determinado valor per si pouco significado tem. A análise de informação disponibilizada a partir de um modelo de monitorização e acompanhamento deverá ser também perspectiva de ganhos potenciais sendo privilegiada os mais significativos, que apresentem a maior margem de ganho.

Ponto de partida para:

- A análise dos factores explicativos do fenómeno
- De definição e implementação de medidas correctivas da situação encontrada
- De definição e implementação de medidas que permitam evitar fenómenos futuros semelhantes

2.9. Sistema de informação - Dashbord



Sistema de alertas para a evolução não favorável de certos indicadores

2.9. Sistema de Informação - análise



Deverá permitir a obtenção dos indicadores seleccionados segundo uma lógica de agregação da informação tendo em conta as seguintes variáveis de análise:

- Geográfica (região, NUTS II, distrito, concelho, freguesia);
- Patologia (diabetes, oncologia, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratórias, etc);
- Unidade Prestadora (unidade de primeira ou segunda linha);
- Estrutura (estrutura, processo e resultado);
- Ciclo de vida (nascimento, crescimento, saúde adulto, idoso);
- Ciclo de prestação (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação);
- Características da população (saudável, em risco, doente crónico, doente agudo);
- Características demográficas (escalões etárias e sexo).

2.9. Sistema de informação - comparadores



Da própria ULS:

- Valor contratado
- Período homólogo
- Média da evolução de um determinado período de tempo (últimos 3/5 anos)

Com outras instituições:

- Valor médio da evolução de determinado grupo (nacional/ universo ULS)
- O melhor valor da evolução de determinado grupo
- Determinado percentil da evolução de grupo (P75 ou mediana ou três melhores resultados, por exemplo)

2.10. Desenvolvimento do modelo



Note-se contudo que este processo é de grande complexidade e morosidade. A título de exemplo, refira-se que o projecto de desenvolvimento do modelo de indicadores de saúde do *Canadian Institute of Health Indicators* comemorou em 2009 o 10º aniversário do seu projecto, e não se encontra ainda finalizado (CIHI, 2009).

Foram trabalhados conjuntamente com a equipa do **PNS e Departamento de Qualidade da DGS** (não significa que os indicadores sejam exactamente iguais , mesmo porque os objectivos poderão não ser totalmente coincidentes)

Eventualmente esta metodologia de desenvolvimento utilizada seria ainda **mais robusta se fosse complementada com a consulta a painéis de peritos** (AIHW, 2009) (e.g. colégios de especialidade) **e testes empíricos de precisão** (AHRQ, 2007).

2.11. Recomendações



- Criação de comissão nacional de certificação de indicadores em saúde (a utilização fica sujeita a regras uniformes);
- Desenvolvimento de sistemas de classificação de doentes, contabilidade analítica e produção (recolha de dados individual ou junção de bases de dados);
- Existência de um plano de acompanhamento das ULS;
- Publicação anual sobre avaliação de desempenho das ULS (global e individual);
- Eventualmente deverão também ser desenvolvidos modelos estruturados de acompanhamento noutros níveis do sistema (regional e local). A óptica de análise é distinta.