



Medicina Interna

## Financeiramente eficaz

Isabel Vaz, presidente da Comissão Executiva do Grupo Espírito Santo Saúde, revelou à Revista Medicina Interna Hoje a importância de retirar os médicos da sua zona de conforto e exortá-los a trabalhar com base numa estratégia de *governance* clínico de diálogo e de coordenação multidisciplinar. Tudo em benefício do doente.

### **Por que razão o Estado teve necessidade de lançar as Parcerias Público Privadas (PPP) na área da saúde?**

O Estado lançou-as, na minha opinião, não pelo motivo certo. Introduzir inovação na rede de prestação hospitalar pública, competitividade e novas formas de gerir teria sido o motivo

certo. A verdadeira razão, porém, foi não haver dinheiro para se renovar o parque hospitalar ou construir novos hospitais, que eram necessários. Foi para fazer alguma desorçamentação, visto que os rácios de dívida pública de longo prazo já estavam muito pressionados.

### **Em que medida podem as PPP na saúde garantir o serviço público?**

As PPP tiram peso do Estado na Economia. No caso da saúde, não há qualquer problema em que algumas unidades tenham gestão privada porque o acesso universal e os princípios subjacentes à criação do nosso Serviço

Nacional de Saúde (SNS) não são garantidos pela posse dos meios de prestação, mas sim através da função soberana de mutualização do risco para se garantir a solidariedade, com financiamento via impostos e via contratualização com os prestadores. Quando a contratualização com prestadores privados, com ou sem fim lucrativos, é bem feita, não se está a pôr em causa o interesse público. Aliás, o princípio subjacente às PPP é que justamente se poupe dinheiro ao Estado. Na prática, se um hospital público, que deveria estar a funcionar com um custo de 80, estiver a fazê-lo com um custo de 100, o Estado pode concessionar a sua gestão a um privado por 90 e poupar 10; se o privado gastar 80, encaixa merecidamente os outros 10. Obviamente, é exigido pelo Estado que a qualidade dos serviços prestados seja a mesma ou melhor.

### **O Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, constitui um desafio diferente para a Espírito Santo Saúde?**

É um hospital que exige da Espírito Santo Saúde uma grande coordenação com a rede pública de prestação de cuidados. Desde logo, este Hospital, ao contrário das restantes PPP, não é uma substituição de uma unidade já existente, ainda que implicitamente o seja - porque as pessoas daquela região hoje são servidas por outros hospitais. Assim, é nossa obrigação contratual recrutar o quadro de pessoal do novo hospital dentro da rede pública existente, para que não haja duplicação de custos quando o hospital abrir. Esta PPP implica, assim, uma reorganização da oferta hospitalar da zona de Lisboa e uma excelente articulação. É um desafio interessante e o papel da ARS tem sido fundamental.

### **E comparando este desafio com o do Hospital da Luz?**

Do ponto de vista dos objectivos, em termos de qualidade da prestação de

cuidados de saúde, é igual. O Hospital da Luz só é diferente porque opera no contexto do sector privado, sendo a base do seu financiamento seguradoras, subsistemas ou pagamentos directos dos cidadãos. De resto, os desafios de gestão são os mesmos - fazer mais e melhor com cada vez menos recursos e ter um projecto clínico capaz de atrair os melhores profissionais. Esta é a maior diferença face ao sector público. A nossa procura não está garantida, é preciso merecê-la.

### **Sente que os valores do serviço público a motivam mais como gestora de saúde?**

Os valores pelos quais nos regemos são os mesmos, no sector público e no sector privado. No Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, somos responsáveis pelos cuidados a uma população, no âmbito de um contrato que está muitíssimo bem feito. Temos de adaptar algumas formas de gestão, mas os princípios são os mesmos. Sempre que cumprimos a nossa missão de diagnosticar e tratar de forma eficiente e eficaz quem nos procura, no respeito absoluto pela individualidade de cada doente, sentimos como organização que prestamos um serviço relevante à sociedade. É indiferente se o fazemos no âmbito do serviço público ou privado.

### **E do ponto de vista de organização?**

Do ponto de vista de modelos de organização, o Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, terá um modelo de *governance* clínico relativamente inovador em Portugal. Por exemplo, na perspectiva da Medicina Interna, a organização dos vários serviços tem de ter em conta que a abordagem do doente é cada vez mais multidisciplinar. Por via dos factores demográficos e de evolução tecnológica, os doentes vivem cada vez mais e sofrem de várias patologias em simultâneo, sendo a Medicina Interna a especialidade 'rainha' da coordenação de cuidados.

### **Em que momento é que o Grupo se deu conta das vantagens de uma organização multidisciplinar, que ultrapasse as barreiras dos serviços?**

A Espírito Santo Saúde (ESS) lançou-se neste sector depois de o estudar muito bem a nível nacional e internacional. A evolução da organização hospitalar na última década foi impressionante, procurando adaptar-se às novas necessidades dos doentes. O Hospital da Luz foi pensado e criado de raiz, pelo que podemos aplicar uma nova organização e uma visão de *governance* clínico, que foi amplamente estudada por nós, gestores, e pelos médicos que integram as nossas equipas. Desde a primeira hora, tivemos médicos que já acreditavam que era este o modelo a seguir mas, nos hospitais em que trabalhavam, não o conseguiam implementar. Num projecto construído de raiz foi mais fácil inovar.

### **E qual o papel da Medicina Interna neste modelo?**

A Medicina Interna, no contexto da complexidade crescente dos cuidados de saúde, passou a assumir um papel central. Em muitos hospitais, é ainda uma especialidade fechada e "massacrada": sobram para a Medicina Interna os doentes que ninguém quer. A eficiência passa pela centralização, na Medicina Interna, da coordenação dos cuidados hospitalares e, sobretudo, pela articulação com todas as outras especialidades. É a Medicina Interna que garante que um doente é visto por uma equipa que integra diferentes especialidades e que produz um plano de diagnóstico e terapêutico coerente. Mas não se pode passar do "oitenta", para um patamar em que as outras especialidades hospitalares ficam subalternizadas. Os líderes da Medicina Interna têm de ser bons coordenadores, ter bom senso e saber introduzir as outras especialidades neste modelo de organização multidisciplinar.

“A eficiência passa pela centralização, na Medicina Interna, da coordenação dos cuidados hospitalares”

Devem encontrar-se os modelos correctos de articulação das especialidades, em que os profissionais de saúde saiam dos “silos” de cada especialidade e passem a trabalhar em equipa e multidisciplinarmente, colocando o doente no centro da organização.

#### O serviço de urgência não devia ser assim organizado também?

Já é o local onde a Medicina Interna tem o palco maior. No serviço de urgência, é a Medicina Interna que “distribui o jogo” para as outras especialidades.

#### Na prática, como se deve então organizar um hospital?

O que é importante na organização de um hospital é garantir que, quando um doente entra - independentemente da hora, do dia ou da equipa que o recebe - ele seja assistido de forma consistente e adequada à sua situação. É para isso que contribuem os *standards* e *guidelines*, ou seja, orientações clínicas sustentadas pela medicina baseada na evidência.

#### Como deve funcionar na prática essa multidisciplinaridade?

Através de reuniões multidisciplinares para discussão de casos, para perceber o que é que foi ou não cumprido e o que determinou a evolução do doente. Ou seja, organização do trabalho médico e muita, muita cooperação. As camas deixam de ser dos médicos e dos serviços e passam a ser dos doentes...O Médico de Medicina Interna tem uma enorme importância, mas os das outras especialidades também. Como re-

feri, não é preciso passar do “oito” - para o “oitenta”. No meio é que está a virtude. É isto que se pede aos médicos e aos líderes clínicos: que tenham a capacidade de se organizar multidisciplinarmente e de trabalhar em equipa.

#### É aqui que entra o modelo de tratamento do doente por patologia e não por serviço?

Há múltiplas formas de concretizar esta multidisciplinaridade, não há receitas perfeitas nem iguais para todos os hospitais. Mas a “chave” está aí: as pessoas têm de compreender que só juntando-se à volta do doente é que vão conseguir. Centrar a assistência no doente é uma frase feita, que tem de ter tradução na realidade.

#### Considera, portanto, que a organização por serviços já é um modelo do passado?

Sim. No Hospital Beatriz Ângelo teremos um Departamento de Medicina - que agrega todas as valências da área da Medicina (Cardiologia, Neurologia, Endocrinologia, entre outras) - e teremos um Departamento de Cirurgia. Mas esta divisão não é rígida. Por exemplo, algumas das especialidades que são médico-cirúrgicas - e que são consideradas, por vezes, “mais médicas” - podem estar integradas num departamento cirúrgico. Dou o exemplo da Gastrenterologia, que será integrada no Departamento de Cirurgia, porque queremos desenvolver um Centro de Patologia Digestiva, que necessariamente envolve a articulação íntima entre a Cirurgia Geral, a Gas-

trenterologia, a Anatomia Patológica e a Radiologia.

#### E quais são as vantagens financeiras desta organização, que trata a Medicina Interna de forma diferente?

Nos moldes em que actualmente é feito o financiamento aos hospitais públicos, a Medicina Interna parece representar um prejuízo enorme para os hospitais. De facto, os GDH das doenças da Medicina Interna não pagam os custos que os hospitais têm com os doentes desta especialidade. Se os administradores hospitalares levassem isto à letra (e são avaliados de acordo com os resultados do hospital), poderiam dizer: ‘Não me interessa nada ter Medicina Interna porque dá prejuízo ao hospital’. No entanto, sabemos que esta é uma especialidade absolutamente central. O problema reside, precisamente, no facto de os valores de retribuição dos serviços prestados no contexto da Medicina Interna estarem mal calculados. Numa perspectiva de contratualização correcta dos cuidados, não existem doenças que dão prejuízo. O que hoje existe são preços mal estabelecidos. Na tabela pública actual, existem actos que estão sobrevalorizados e que, por isso, são utilizados para subsidiar outros, cujo custo real é superior ao valor de retribuição estabelecido. Ora, este não é, obviamente, o modelo correcto. Adicionalmente, estas distorções da tabela de preços hospitalares não permitem comparar de forma transparente os resultados dos hospitais públicos (sobretudo quando têm perfis assistenciais substancialmente diferentes), com um claro incentivo à



tomada de decisões erradas do ponto de vista do planeamento da oferta de serviços (por exemplo, não deixar crescer serviços que “dão prejuízo” ou duplicar a oferta em serviços “muito rentáveis”) ou, pior, a fazer *cherry-picking* e selecção adversa de doentes, sobretudo para os hospitais de fim de linha, situações que do meu ponto de vista cumpriria corrigir de forma prioritária. Curiosamente, o sector privado - que também tem deficiências graves no domínio do seu financiamento, nomeadamente o plafonamento das despesas ou a restrição de coberturas - não padece deste nível de distorção. Os preços são tipicamente calculados de forma coerente com o custo real médio dos actos praticados.

#### **Estudos defendem que a opção por uma organização de saúde que dependa mais da Medicina Interna pode ser financeiramente mais eficaz...**

Sim, isso é correcto. Por um lado, ao nível da doença, criar interdisciplinaridade e tratar os doentes de forma

correcta significa poupar recursos em termos de meios complementares de diagnóstico e prescrições de fármacos desnecessárias, bem como tempos médios de internamento ou readmissões evitáveis. A coordenação de cuidados gera sempre poupança. E a Medicina Interna, pelo papel que tem, promove essa relação directa.

#### **Será que a Medicina Interna pode substituir a presença de outras especialidades?**

Não. O que se pode é poupar milhares de horas em presença física de médicos de todas as outras especialidades, em permanência 24 horas por dia, 365 dias por ano. Em muitos casos, a presença física permanente de algumas especialidades não é necessária, e noutros pode ser substituída pela Medicina Interna.

#### **Refere-se ao diagnóstico?**

Não só. Refiro-me ao diagnóstico, ao estabelecimento da estratégia terapêutica e também ao tratamento dos doentes. A Medicina Interna “distribui

jogo”, é o número dez da equipa, na linguagem do futebol.

#### **E por que razão esta especialidade não é mais aproveitada?**

Provavelmente, por interesses corporativos. Porque toda a estrutura de remuneração médica está mal pensada e inadaptada à realidade. É baseada em horas extraordinárias, o que deveria ser mudado. Os médicos devem ser remunerados correctamente e o seu trabalho organizado, sem necessidade de recorrer, de forma sistemática, a horas extraordinárias. As horas extraordinárias deveriam ser justamente isso: extraordinárias! Como já referi, o modelo de *governance* clínico que vigora deveria ser alterado e passar a centralizar a acção na Medicina Interna, libertando o tempo das outras especialidades. Para isto, é necessária maturidade organizacional, é preciso vontade de sair dos tais paradigmas mais antigos. É preciso liderança de gestão para perceber que isto é uma variável de vantagem competitiva. Se o Hospital da Luz cumpriu os seus objectivos de excelência clínica, foi porque adoptou uma estratégia clínica correcta a este nível. Sem falsas modéstias, devo dizer que temos uma excelente equipa de Medicina Interna, que soube desde o início trabalhar de forma multidisciplinar.

#### **Os outros especialistas vêem isto como uma vantagem?**

Sim, os outros especialistas também querem este modelo. Mas, o mais importante são os doentes, que se sentem muito seguros neste tipo de organização clínica. Não se sentem perdidos a navegar no sistema, não ouvem opiniões isoladas. É um privilégio ter tido a oportunidade de liderar uma equipa com a responsabilidade de planejar, pela segunda vez, um hospital de raiz. São projectos únicos, e um desafio magnífico na vida de um gestor.



“Numa perspectiva de contratualização correcta dos cuidados, não existem doenças que dão prejuízo. O que hoje existe são preços mal estabelecidos”.

### **Esta visão de futuro e de *governance* clínico veio para ficar?**

Acho que muita coisa vai mudar. Há 20 anos, os médicos formavam-se, ficavam no hospital onde tinham feito a especialidade, desconheciam ferramentas de gestão e não se falava sequer em *governance* clínico. Hoje, tudo mudou: a gestão hospitalar é uma disciplina altamente complexa, reservada aos melhores, e os médicos estão muito mais atentos à estratégia do hospital onde trabalham. Compreendem a importância da sua participação activa numa equipa multidisciplinar, que envolve todos os profissionais de uma unidade de saúde.

### **O médico tem de ser um gestor?**

Não necessariamente, mas tem de ter a preocupação de perceber e assimilar a estratégia da organização hospitalar em que está inserido. Antigamente, os médicos pensavam: “Tenho o meu director de serviço e eu só tenho de me preocupar com os doentes do meu serviço. Isso é suficiente para eu fazer bem Medicina”. Hoje, já não é assim. Tem que haver uma estratégia clínica global e coerente. Os hospitais baseados na hierarquia vertical tradicional estão condenados.

### **E sente que já conseguiu implementar isso nos vossos hospitais?**

No Hospital da Luz, isso é claríssimo. Nas restantes unidades do Grupo Espírito Santo Saúde, também, porque se trata de uma cultura do grupo. Temos um Conselho Superior Clínico que inclui os directores clínicos de todas as nossas unidades, e através deles toda a nossa cultura organizativa e clínica vai sendo implementada,

respeitando os contextos específicos de cada unidade. No Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, por ser um hospital planeado de raiz, esperamos que seja relativamente simples concretizar esta visão.

### **O Hospital Beatriz Ângelo não vai ter serviços?**

Continuamos a ter serviços, porque continuamos a existir interesses comuns e específicos de cada especialidade. A questão é que, para tratar os doentes, organizamos estes serviços de forma multidisciplinar.

### **E ao nível dos cuidados primários?**

A articulação com os médicos dos cuidados primários é fundamental. Será um desafio complexo, já que na área de influência do Hospital Beatriz Ângelo estima-se que 20 a 30 por cento das pessoas não têm médico de família, o que colocará uma pressão adicional sobre o nosso serviço de urgência. Penso que existem basicamente dois motivos para as pessoas procurarem as urgências quando o seu estado clínico não o exige: ou não têm médico de família ou trata-se de uma questão de conveniência, ou seja, de o hospital permitir fazer no mesmo local todos os exames e outros actos necessários, o que não acontece hoje na maioria dos centros de saúde.

### **Está a falar de falta de comodidade?**

Também. Mas prefiro chamar-lhe conveniência, ou seja, as pessoas não perderem tempo em deslocações a outras unidades de saúde para realizarem, por exemplo, meios complementares de diagnóstico. Julgo

que, por isso, é necessário repensar o modelo dos cuidados primários. E, para o fazer, terá necessariamente de se mudar o actual modelo de contratualização.

### **Há quem defenda que os incentivos positivos aos centros de saúde que consigam drenar menos ‘verdes’ e ‘azuis’ poderiam ser uma ajuda...**

É preciso implementar modelos de contratualização mais exigentes, nomeadamente incluindo incentivos claros a modificar comportamentos e aumentar a qualidade e a eficiência dos cuidados. Entre as medidas a considerar contam-se, por exemplo, incluir os exames complementares de diagnóstico no preço da consulta dos cuidados primários para desincentivar a prescrição desnecessária, ou outras dependentes da avaliação da actividade dos médicos segundo critérios de qualidade, eficiência e eficácia - remuneração dependente de taxas de referência indevida para a urgência hospitalar, taxas de readmissão ou de admissões hospitalares evitáveis, níveis de prescrição de fármacos por comparação com médias de referência, entre outros critérios.

### **O Hospital Beatriz Ângelo vai ter Emergência Médica pré-hospitalar? Como vai funcionar a articulação dos médicos, na sua maioria Internistas, com a urgência?**

Sim. Vamos ter uma VMER que ficará sob a responsabilidade do serviço de urgência do hospital. Os médicos quando não estejam a fazer VMER estarão a trabalhar no Serviço de Urgência, numa lógica de otimizar a articulação das actividades pré-hospitalar e hospitalar.