



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

João Pedro Pinheiro de Oliveira Rodrigues de Carvalho
Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

João Pedro Pinheiro de Oliveira Rodrigues de Carvalho
Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Prof. Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego**

Livro: Gestão da Saúde, 2010

Abril, 2010

FMUP

Nome: João Pedro Pinheiro de Oliveira Rodrigues de Carvalho

Endereço electrónico: joaopedrocarvalho@msn.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão

Nome completo do Orientador:

Guilhermina Maria da Silva Rego

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio~~ (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/03/2010

Assinatura: João Pedro

Eu, João Pedro Pinheiro de Oliveira Rodrigues de Carvalho, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801155, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/03/2010

Assinatura: _____



SISTEMAS DE FINANCIAMENTO HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO

João Pedro Pinheiro de Oliveira Rodrigues de Carvalho*

*Aluno do 6º ano de Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Contacto:

Rua Fernão Magalhães, nº 56

4450-670 Leça da Palmeira

Telemóvel: 914638440

E-mail: joaopedrocarvalho@msn.com

Contagem de palavras:

Resumo: 184;

Abstract: 117;

Texto principal: 5591.

Agradecimentos:

Professora Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego, pela ajuda e orientação prestadas.

Ao meu Pai e à minha Mãe pelo apoio, motivação e ajuda.

LISTA DE ABREVIATURAS

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogêneos;

DCG – Diagnostic Cost Groups;

DRG – Diagnostic Related Groups;

SNS – Sistema Nacional de Saúde;

RASG – Risk Adjustments Specified Groups;

EUA – Estados Unidos da América;

MCD – Medical Diagnostic Classification;

PCT – Primary Care Trusts;

NHS – National Health Service;

APDGR – All Patients Diagnosis Related Groups;

ULS – Unidade Local de Saúde;

FC – Fibrose Cística.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução dos critérios de financiamento dos hospitais (1997-2002), página 11;

Quadro 2 – Vantagens e desvantagens do modelo de capitação, página 19.

ÍNDICE

Resumo	4
Abstract	5
Introdução	6
Financiamento hospitalar – evolução histórica em Portugal	9
Perspectiva internacional	16
Um modelo de financiamento hospitalar para Portugal?	19
Conclusão	25
Referências	27

RESUMO

Nas últimas duas décadas e meia, devido ao aumento da despesa pública com a saúde, o financiamento hospitalar tem se tornado um tema cada vez mais debatido.

A forma como os hospitais são financiados reflecte-se no seu comportamento e desempenho, destacando-se dois modelos de financiamento hospitalar, o retrospectivo, cuja base de pagamento é a despesa histórica, e o prospectivo cuja base de pagamento é a actividade desenvolvida. No desenvolvimento de sistemas deste tipo podem ser utilizadas diversas unidades de pagamento, entre elas, por acto, por diária de internamento, por caso clínico, por orçamento global e por capitação, num aumento gradual de transferência de risco dos pagadores para os prestadores. Esta monografia descreve a evolução histórica do financiamento hospitalar em Portugal e analisa o impacto da introdução dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) como base do financiamento hospitalar. Estuda o modelo de pagamento por capitação, utilizado no Hospital de La Ribera no distrito de Alzira em Espanha, como alternativa ao modelo prospectivo por GDH em vigor em Portugal. Assim como os Diagnostic Cost Groups (DCG) como modelo de ajustamento pelo risco do modelo de capitação.

Palavras-Chave: Financiamento Hospitalar, Grupos de Diagnósticos Homogéneos, Diagnostic Cost Groups, Modelo Prospectivo, Modelo Retrospectivo, Pagamento por Capitação

ABSTRACT

Hospital financing reforms are high on the political agenda in several countries due to the huge health deficits that governments are facing. There are mainly two models of hospital financing, retrospective based on reimbursement and prospective based on the developed activity. And different financing methods, for health care, which are presented, fee-for-service, per-diem rates, per case, global budget and capitation. This paper describes the origins and the development of the healthcare financing in Portugal and analyses the Diagnostic Related Groups (DRG) introduction impact in Portuguese hospital financing. Finally, capitation payment as well as Diagnostic Cost Groups are approached as an alternative for the hospital financing in Portugal, describing the example of Hospital of La Ribera in Alzira.

Key words: Hospital care financing, Diagnostic Related Groups, Diagnostic Cost Groups, Prospective Payment System, Retrospective Payment System, Capitation payment

INTRODUÇÃO

Um sistema de financiamento hospitalar, pode ser definido, segundo Bentes, como “um conjunto de normas objectivas, reconhecidas e politicamente aceites, com o objectivo de manter uma rede de cuidados diferenciados que assegure a prestação dos mesmos e incentive uma gestão eficiente”. (1)

Nas últimas duas décadas e meia, devido ao aumento da despesa pública com a saúde, o financiamento hospitalar tem se tornado um tema cada vez mais debatido.

A forma como os hospitais são financiados reflecte-se no seu comportamento e desempenho, destacando-se dois modelos de financiamento hospitalar (2):

- Modelo Retrospectivo, em que a base do pagamento é a despesa histórica decorrente do tratamento dos doentes nos anos anteriores. Não existindo relação do financiamento do hospital com a produção ou o desempenho. Trata-se de um modelo ineficiente, “aberto no fim” e que tal como MA refere “... não é capaz de promover incentivos para a redução de custos...”. (3)

- Modelo Prospectivo, em que a base do pagamento é o nível de produção ou seja a actividade desenvolvida. Neste modelo, o tipo, volume e preços dos serviços a prestar são fixados previamente. São-lhe reconhecidas as capacidades, de promover eficiência técnica e conter custos. Este modelo tem vindo a substituir o modelo com base na despesa histórica. (4, 5)

A discussão das vantagens e desvantagens de ambos os modelos, segundo Barros, “sugerem que nenhum sistema é ideal, embora os efeitos perversos em cada caso possam ser agravados pelo meio em que os médicos exercem”, daí que a solução lógica poderá ser encontrada na conjugação dos dois modelos que combinam incentivos para o desempenho e controlo dos custos. (6)

No desenvolvimento de sistemas deste tipo podem ser utilizadas diversas unidades de pagamento, que constituem a forma como o dinheiro é distribuído ao prestador para cobrir os custos de produção (7, 8):

1. pagamento baseado no acto: o prestador é remunerado por cada serviço. É o sistema preferido pelos prestadores uma vez que não estão em risco financeiro face à produção de mais serviços, ainda que a sua efectividade possa não estar demonstrada. Com o pagamento baseado no acto há um incentivo para aumentar

a prestação dos cuidados de saúde aos doentes através da utilização excessiva de recursos e para aumentar o número de doentes tratados. Este método de pagamento pode resultar em custos totais mais elevados, porém as instituições prestadoras de cuidados de saúde tornam-se mais flexíveis; (2, 8)

2. pagamento por diária de internamento: o prestador é remunerado com base nos dias de internamento do doente. Quando um hospital é pago por diária de internamento adota uma política de admissões, mesmo de doentes que poderiam ser tratados no ambulatório, e de aumento da duração do internamento para que desta forma se tornem mais rentáveis obtendo mais recursos financeiros. Com este sistema os custos podem aumentar pois não existem incentivos para que estes possam ser controlados; (8)
3. pagamento por caso clínico: o prestador recebe um pagamento com base em todos os serviços por caso ou episódio de doença. Com este modelo existem incentivos para tratar mais doentes, maximizando os lucros de cada doente admitido de modo a reduzir os custos de produção de cada um. Leva a um aumento do número de admissões e consequentemente de eficiência hospitalar; (8)
4. pagamento por orçamento global: o prestador recebe uma quantia global e limitada por um período de tempo que terá de cobrir as despesas hospitalares. O prestador, com este método de pagamento detém grande flexibilidade nas suas decisões clínicas. O pagamento por orçamento global pode ser determinado através de duas formas, baseado na despesa histórica, ou através de um modelo de capitação. Em termos de contenção de custos é muito eficiente porém pode levar a um decréscimo na qualidade de atendimento dos doentes; (8)
5. capitação: é estabelecido um valor global por cada indivíduo tratado. Esta unidade de pagamento coloca o prestador em grande risco relativamente ao conjunto de serviços prestados. Cria, assim, fortes incentivos para racionalizar a sua utilização, e aposta na prevenção da doença, em alternativa à prestação de cuidados diferenciados que são mais dispendiosos. (2)

À medida que as unidades de pagamento se tornam mais agregadas e surgem como um pagamento prospectivo existe um aumento gradual da transferência de risco dos pagadores para os prestadores. (4)

Neste enquadramento, este trabalho pretende efectuar uma reflexão sobre os modelos de financiamento hospitalar e avaliar qual o seu impacto no exercício prático de gestão e clínico.

Assim esta monografia está dividida e estruturada em 4 pontos. O primeiro corresponde à introdução. O segundo descreve a evolução histórica do financiamento hospitalar em Portugal. O terceiro aborda o financiamento hospitalar de outros países Europeus, entre eles a Alemanha, Inglaterra, Espanha, Holanda e Bélgica. E o quarto ponto propõe o modelo de capitação como alternativa para o financiamento hospitalar em Portugal, a exemplo do que acontece no Hospital de La Ribera em Espanha e o modelo de ajustamento pelo risco *Diagnostic Cost Groups* (DCG) como forma de o aplicar em detrimento dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH).

FINANCIAMENTO HOSPITALAR – EVOLUÇÃO HISTÓRICA EM PORTUGAL

A evolução histórica dos modelos de financiamento hospitalar, em Portugal, reflecte a procura de aumento de eficiência com menores custos e maior qualidade.

Até 1980, o financiamento hospitalar em Portugal, era baseado na despesa histórica, ou seja era realizado segundo um modelo de pagamento retrospectivo. (2)

Com a grande revolução de 1974 que ditou o fim de um longo período de ditadura em que as pessoas não tinham o direito à saúde, e a sua protecção dependia da capacidade financeira de cada um, foi criado um “serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”, consagrado na Constituição da República Portuguesa de 1976 (6). A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) fez com o Estado adoptasse o papel de protagonista no fornecimento de cuidados de saúde, o que levou a um aumento significativo de despesa pública. De tal forma, que entre 1981 e 1990, houve uma transição para um sistema de financiamento prospectivo, que inicialmente era efectuado através da implementação de orçamentos hospitalares baseados no custo médio por especialidade e serviços individuais. (2) Com a implementação desta medida, o Ministério da Saúde pretendia encorajar uma utilização mais eficiente dos recursos nos hospitais públicos para obter uma maior produtividade e um controlo mais apertado da despesa pública no sector da saúde (9).

Em 1990 foi definitivamente introduzida a unidade de medida GDH¹, estudada desde 1987 para o nosso país. O pagamento hospitalar prospectivo por GDH avançou em duas fases: numa primeira fase, apenas as entidades terceiras pagadoras de cuidados de saúde (sub-sistemas de saúde, seguradoras, etc.) eram facturadas por GDH relativamente aos cuidados prestados em internamento aos seus beneficiários nos hospitais do SNS; na segunda fase, a partir de 1997 a tutela passou a financiar os hospitais do SNS relativamente aos cuidados de internamento prestados a beneficiários do SNS por GDH.

¹ “sistemas de classificação dos doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Na sua versão actual cada doente é classificado num GDH, a partir do sistema orgânico afectado, a realização ou não de intervenção cirúrgica e o tipo de intervenção, o diagnóstico principal, os diagnósticos secundários, a idade e o destino após a alta.” (10).

Os preços passaram a ser corrigidos pelo índice de *case-mix*² que ao mensurar o impacto de determinadas variáveis (casuísticas) no custo médio do doente tratado, ajustaria o orçamento de cada hospital à sua capacidade assistencial.

Contudo, com o objectivo de minimizar os efeitos negativos no impacto financeiro dos hospitais e de permitir a adaptação ao novo modelo, os GDH foram introduzidos gradualmente. Assim, tal como pode ser analisado no quadro 1, para o ano de 1997 apenas 10% do orçamento dos hospitais foi influenciado pelo *case-mix* e volume de produção previstos, tendo aumentado sucessivamente nos anos seguintes atingindo um peso de 50% no orçamento, em 2002. (11, 9)

² Índice de *case-mix*: “obtido através do cálculo do rácio entre os doentes equivalentes saídos ponderados pelos coeficientes relativos dos respectivos GDH’s e o número total de doentes equivalentes saídos. Este indicador caracteriza o perfil de produção do Hospital em termos de custos dos seus doentes tratados, permitindo, por exemplo, corrigir situações em que os custos médios por doente aparentemente elevados numa determinada instituição sejam explicados pelo facto de a sua casuística incluir proporção elevada de patologias dispendiosas”. (12)

Quadro 1 – Evolução dos critérios de financiamento dos hospitais (1997-2002)

Ano (%)	Financiamento histórico (%)	Valor da produção (%)
1997	90%	10%: compreende apenas o internamento e é ajustada pelo <i>case-mix</i> (GDH).
1998	80%	20%: a componente de produção de internamento é ajustada pelo <i>case-mix</i> (GDH); valor global do internamento.
1999	70%	30%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório são ajustadas pelo <i>case-mix</i> (GDH); valor global para o restante ambulatório.
2000	70%	30%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório são ajustadas pelo <i>case-mix</i> (GDH); hospital de dia e ambulatório programado e não programado não são ajustados.
2001	60%	40%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório são ajustadas pelo <i>case-mix</i> (GDH); restante ambulatório programado e não programado não são ajustados.
2002	50%	50%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório são ajustadas pelo <i>case-mix</i> (GDH) e hospital de dia por tipo de hospital; restante ambulatório programado e não programado não são ajustados.

Adaptado de *Rego G 2008*

O financiamento hospitalar, em Portugal, era assim determinado por uma componente baseada na despesa histórica e outra ajustada pela produção, tendo em conta os GDH e os preços-base em função dos agrupamentos hospitalares considerados. (13)

A utilidade dos GDH e os seus resultados positivos foram já parcialmente validados na maioria dos países europeus para o financiamento do *output* hospitalar.

Vários autores realçaram o impacto positivo da introdução deste sistema de classificação dos doentes.

Bentes afirmou que este sistema de classificação é um “indutor de eficiência” e consegue controlar os custos porque o risco financeiro é transferido dos pagadores para os prestadores. Para além disso introduz critérios mais objectivos e racionais de afectação das verbas do SNS aos hospitais, define preços mais justos na facturação a entidades terceiras pagadoras de cuidados de saúde e favorece a criação de bases de dados em Portugal, que não existiam até essa altura. (2)

Também Dismuke num estudo cujo objectivo era avaliar o impacto dos GDH, para o período de 1992-1994, na produtividade e eficiência técnica hospitalar usando 3 meios auxiliares de diagnóstico (tomografia axial computadorizada, ecografia e electrocardiograma), concluiu que o impacto tinha sido muito positivo o que podia ser explicado pelo facto dos administradores hospitalares estarem a corresponder às expectativas do novo sistema de financiamento. (9)

Céu Mateus no estudo que desenvolveu com o objectivo de avaliar o impacto do financiamento por GDH no desempenho dos Hospitais Portugueses no período de 1997-2001, verificou um aumento do número de episódios de internamento de doentes do SNS simultaneamente com um decréscimo da demora média e um aumento do índice de *casemix*. O que significa que no período analisado se trataram em menos tempo doentes mais complexos, com consequentes ganhos de eficiência. Conseguiu-se com este modelo de financiamento uma reafectação baseada em critérios explícitos dos recursos existentes para o internamento hospitalar, além de se terem verificado alguns ganhos de eficiência. (11)

Na Suécia, também os GDH tiveram um início fulgurante. Quando foram introduzidos, em 1992, aumentaram a produtividade em 20% nos dois primeiros anos, a eficiência técnica em 10% de 1989 a 1995 e resolveram os problemas das listas de espera, o que foi explicado pela redução do tempo de internamento dos doentes, aumento do número de cirurgias e aumento do *turnover* dos doentes. Porém, em 1997, os níveis de

produtividade começaram a diminuir e igualaram os níveis de produtividade de 1991. As listas de espera aumentaram e surgiram casos de GDH-*creep*, que consiste na classificação e codificação errada e deliberada dos pacientes com o objectivo de se conseguirem maiores encaixes financeiros tendo em conta os serviços prestados. Tal revés foi explicado pelo facto da capacidade dos hospitais não ter sido reduzida como tinha sido planeado. Os orçamentos, ao contrário do que seria de esperar começaram a aumentar por causa do aumento do número de cirurgias induzidas pelos GDH e do aumento dos custos de cuidados especializados induzido pela liberdade de escolha por parte dos pacientes para escolherem o hospital que pretendiam. (14) O que foi resolvido com a implementação de tectos nos preços, nos números de doentes e no encurtamento dos Hospitais. (15)

Ao modelo prospectivo por GDH, também são apontadas críticas negativas, entre elas, a possibilidade da prestação de cuidados de saúde vir a ser prejudicada quando o hospital tenta reduzir o tempo de internamento ou o número de serviços no sentido de aumentar a eficiência e a produtividade. Uma alta prematura poderá representar um risco, devido à maior instabilidade do doente. O risco será acrescido se os recursos (lares de 3ª idade, casa ou serviços sociais) não forem suficientes. Este cenário acarreta um possível custo acrescido oculto por uma maior taxa de readmissão ou pela transferência para outros tipos de cuidados de saúde (que são presumivelmente mais baixos). A selecção adversa de doentes também é outra das críticas aos GDH. Consiste na admissão de doentes mais rentáveis para o hospital em detrimento de doentes que pela sua maior gravidade comportam maior risco financeiro para o hospital. (9,15)

A crítica mais importante, segundo alguns autores, prende-se com a inadequação dos pesos relativos ao contexto em que são aplicados. Idealmente os pesos relativos deveriam reflectir a intensidade de recursos utilizados e consequentemente, o custo relativo da prestação de cuidados de saúde por GDH, o que representaria um valor eficiente para cada um dos produtos de classificação por GDH. (12)

Na Austrália Antioch demonstrou que cinco GDH referentes ao aparelho respiratório e cardiovascular e o enfarte agudo do miocárdio eram causadores de uma despesa milionária uma vez que não estavam devidamente ajustados pela severidade da doença. Assim segundo um sistema de ajustamento de risco que ela desenvolveu denominado *Risk adjustment specified grants* (RASG), que ajustava pela severidade, para os GDH

muito complexos ela conseguia prever de uma forma ajustada os custos de tais diagnósticos. (16)

Nos EUA, Gracey desenvolveu um estudo onde mostra que o modelo prospectivo por GDH criou sérios problemas financeiros aos hospitais em muitas áreas como aconteceu claramente com os pacientes que necessitavam de ventilação mecânica. No modelo prospectivo, em 2002, os pacientes que necessitavam de ventilação mecânica, que não eram traqueostomizados e não se integravam na classificação *Medical Diagnostic Classification* (MDC) 4 para qualificar para o GDH 475 eram reembolsados segundo o seu diagnóstico principal. Ou seja, a necessidade para a ventilação mecânica não era considerada aquando do cálculo da despesa destes doentes, fazendo com que os hospitais tivessem perdas financeiras enormes com doentes que necessitavam de ventilação mecânica por tubo endotraqueal e que tinham problemas cardiovasculares, neurológicos ou outro diagnóstico que não fosse MDC4. Portanto doentes com diagnóstico de acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, enfarte agudo do miocárdio, choque cardiogénico e overdose não são classificados no GDH 475, e como tal o hospital ficava em deficit financeiro. Segundo este autor uma forma de compensar os hospitais pelas perdas financeiras por estes doentes muito graves, que na sua opinião deveria ser alargar o GDH 475 aos doentes patologias de todos os MDC. (17)

Em Portugal o impacto dos GDH no desempenho dos hospitais não foi o previsto, uma vez que os orçamentos não são fechados havendo sempre subsídios extraordinários para os hospitais mais ineficientes, e o sistema de pagamento e a estrutura organizacional não estão ajustados adequadamente. (11,13)

Neste sentido, em Abril de 2002, foi criada a lei de gestão hospitalar 27 que alterou a Lei de Bases da Saúde de 1990 e reestruturou a organização do sistema de saúde, através da aprovação de um novo regime jurídico e de modelos de gestão hospitalar. O orçamento global, fixado prospectivamente pela unidade pagadora (Estado) foi substituído por um contrato-programa, que mantém algumas das técnicas que já existiam e acrescenta o pagamento de desvio de produção e o acerto de contas. O contrato-programa especifica o conjunto de *outputs* que deverão ser produzidos a partir de um dado volume de *inputs* financeiros, num período de tempo e segundo determinados padrões de qualidade. (13)

Este modelo para além de controlar a despesa contribuiu para o planeamento do sistema de saúde, uma vez que ele explicita os objectivos para que eles na realidade se concretizem, tendo em conta que o pagador proporcione os recursos adequados para que os prestadores os possam alcançar. Para isso a quantidade e o tipo de produtos contratados precisam de reflectir planos de produção consistentes que correspondam às necessidades de saúde da população e que respeitem as prioridades definidas na política de saúde, isto é, se forem contratados os serviços necessários e adequados. (2)

PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Na generalidade dos países desenvolvidos, o financiamento hospitalar tem sido alvo de reformas devido à preocupação para com o aumento da despesa pública, de maximizar a eficiência com o mínimo de recursos possíveis, responder com eficácia às necessidades em cuidados de saúde da população e promover o nível de saúde nas mesmas, com efectivos ganhos, quer em anos de vida quer na sua qualidade. (18)

A título de exemplo descrevo o modelo de financiamento hospitalar de países Europeus, onde estas reformas se sucederam:

ALEMANHA

O financiamento hospitalar é realizado pelo governo e seguradores privados. Os governos regionais têm a seu cargo as despesas de investimento, mesmo nos hospitais privados. As despesas de exploração são asseguradas por orçamentos de base prospectiva desde 2000, altura de uma reforma do Serviço Nacional de Saúde alemão, por um sistema de classificação por GDH, excepto para os cuidados de psiquiatria que são pagos por diária de internamento. A reforma foi entendida como necessária para reduzir custos, otimizar a assistência dos utentes e incrementar a competição entre os Hospitais. (6, 19, 20)

INGLATERRA

O financiamento hospitalar é realizado segundo um modelo contratual que estabelece o vínculo entre financiadores (administrações de saúde e clínicos gerais – GP *fundholders*) e as unidades prestadoras de cuidados de saúde, hospitais e centros de saúde que se organizam como sub-modelos empresariais com autonomia de gestão. O orçamento atribuído para a saúde é distribuído por vários prestadores, em particular para os *Primary Care Trusts* (PCT) que controlam cerca de 80% do orçamento total do Serviço de Saúde.

Os PCT são os principais compradores de cuidados de saúde e a distribuição de recursos baseia-se numa fórmula de capitação ajustada nos diferentes distritos. De acordo com esta fórmula a distribuição do financiamento para cada um dos PCT é determinada pela cobertura da população respectiva e ponderada por: necessidades relacionada com a

idade; necessidades adicionais, como por exemplo perfis socioeconómicos da população; e custos com a prestação dos cuidados de saúde.

Mais recentemente, desde 2003, o *National Health Service* (NHS) está a introduzir “*activity based tariff systems*” ou pagamento por resultados (PbR) como base para o financiamento hospitalar. (18)

ESPAÑA

O Serviço de Saúde Espanhol, criado a partir dos serviços de saúde de segurança social, fornece uma cobertura quase universal com acesso gratuito aos cuidados de saúde, sendo maioritariamente financiado através de impostos e assenta numa estrutura e organização de base regional. O financiamento hospitalar é agora realizado prospectivamente através da negociação de um contrato-programa entre o hospital e a autoridade regional, onde se estabelecem os objectivos a serem atingidos pelo hospital e simultaneamente um financiamento para o seu cumprimento, tendo por base um contrato de monitorização por um período de tempo pelas partes contratantes. Os hospitais fora do sistema que dependem da sua própria fonte de financiamento (de prestação de cuidados privados ou de outras estruturas públicas administrativas) também podem prestar serviços ao Serviço de Saúde, através da celebração de acordos ou contratos (*conciertos*) elaborados especificamente para o efeito. (18)

HOLANDA

Os doentes não têm que pagar o tratamento hospitalar, sendo este coberto pelo Seguro Geral de Cuidados de Saúde. A modalidade de pagamento aos Hospitais assenta em orçamentos prospectivos baseados nos *Diagnose treatment combinations*. (6, 21)

BÉLGICA

Desde o início da década de 90 o aumento do deficit com os encargos da segurança social levaram a que o governo Belga iniciasse uma reforma no Sistema de Saúde do país. Assim aconteceu em 1995, com a implementação de um modelo prospectivo de financiamento hospitalar. Os hospitais começaram a receber uma quantia fixa, por dias de internamento, de acordo com o tipo de patologia dos doentes que são agrupadas consoante os APDGR (*All Patients Diagnosis Related Groups*), idade (mais velho ou mais novo do que 75 anos) e perfil geriátrico (pacientes que estiveram pelo menos 10

dias numa instituição geriátrica, têm mais de 75 anos de idade e tenham doença em mais de um sistema que envolvam assistência de mais do que uma especialidade médica).
(22, 23)

UM MODELO DE FINANCIAMENTO HOSPITALAR PARA PORTUGAL?

O modelo de financiamento hospitalar por capitação tem-se tornado um dos métodos mais utilizados como forma de conter e distribuir os custos em saúde de uma forma mais racional e previsível. A capitação é um modelo de pagamento onde o médico ou instituição de saúde se prontificam, mediante um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista durante um determinado período, a prestar os cuidados de saúde independentemente dos serviços a prestar. (24)

Segundo Costa é uma unidade de pagamento hospitalar centrada na procura, em função da dimensão da população previamente definida ou que o prestador escolheu. Na prática é uma forma de transferir o risco para os prestadores, aumentando as suas responsabilidades financeiras nos cuidados de saúde. Para que o modelo por capitação seja definido e consiga cumprir os objectivos para que foi proposta precisa de ser ajustada pelo risco. Os modelos para ajustamento pelo risco podem integrar diferentes tipos de factores de risco, entre eles: características demográficas, factores clínicos, factores socioeconómicos, comportamentos e actividades relacionadas com a saúde, atitudes e percepções. Podem ser utilizados individualmente ou como ocorre na maioria dos países conjugados complementando-se.

À semelhança de outras unidades de pagamento, a capitação tem vantagens e desvantagens para os intervenientes no processo de financiamento dos serviços de saúde que estão descritas no quadro 2 (4).

Quadro 2 – Vantagens e desvantagens do modelo de capitação

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Custos totais para o financiador são mais previsíveis e controláveis; • Potencia uma maior coordenação entre os níveis de prestação de cuidados de saúde; • Incentiva a qualidade e inovação do serviço prestado; • Incentiva uma actuação vocacionada para a manutenção ou melhoria do estado geral da saúde de determinada população; • Promove a eficiência na utilização de cuidados de saúde, uma vez que o prestador maximiza o seu ganho financeiro pela diferença entre o nível de financiamento atribuído e o nível de custos dispendido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige mecanismos de regulação fortes, podendo em certos enquadramentos aumentar a carga administrativa associada ao modelo de financiamento utilizado; • A definição do sistema de ajustamento pelo risco torna esta tarefa essencial numa etapa difícil de operacionalizar; • A definição dos níveis óptimos de actividade e conseqüente consumo de recursos esperados em função das necessidades de determinada população é uma tarefa de difícil concretização; • A aposta nos cuidados de saúde de primeira linha gera um investimento que pode conduzir a um maior prazo de retorno desse mesmo investimento; • A possibilidade de quebra no acesso aos cuidados de saúde pode conduzir a uma perda de capacidade de escolha por parte do consumidor; • Poderão não ser prestados cuidados adequados aos doentes mais complexos e/ou graves, uma vez que não existe incentivo à aplicação de recursos; • Incentiva comportamentos de selecção adversa onde pode existir atracção para escolher doentes pouco dispendiosos ou de intervenção técnica mais fácil.

Adaptado de *Costa C et al 2008*

Em Portugal, o modelo de capitação é utilizado na prestação de cuidados de saúde primários, onde o pagador (Administração Central do Sistema de Saúde) distribui uma quantia monetária por utente a cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde.

A integração vertical dos cuidados de saúde, que maximiza as potencialidades da capitação, é a base das Unidades Locais de Saúde (ULS), em Portugal. Estas são constituídas por hospitais e centros de saúde, que permitem assim a integração, numa única entidade pública empresarial, dos vários serviços e instituições do SNS que em determinado município, prestam cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis. Existem cinco destas unidades, são elas a ULS do Norte Alentejano, ULS de Matosinhos que agrega desde 1999 um hospital e quatro Centros de Saúde, ULS do Alto Minho, ULS do Baixo Alentejo e a ULS da Guarda.

As ULS prestam cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos. Estas ULS obtêm os seus recursos financeiros através do somatório entre os montantes afectos à produção realizada pelo Hospital e os montantes correspondentes à capitação da população abrangida pelos centros de Saúde. (4)

Em Espanha, no hospital de La Ribera, no distrito de Alzira em Espanha, a capitação é utilizada como meio de pagamento hospitalar. Este foi o primeiro hospital público espanhol sob solo público e pertencente à rede de hospitais públicos da Conselharia de Saúde da Comunidade Valenciana a ser gerido por uma empresa privada desde 1999. O capital desta empresa pertence 51% a seguradoras, 45% a entidades bancárias e 4% a outros privados. O modelo de financiamento assenta na capitação ou seja a entidade prestadora de cuidados (empresa privada) recebe uma quantia anual do sector público (494€ por cada um dos 250.000 habitantes que recebem cuidados naquele hospital, que varia anualmente em função das verbas que o orçamento de estado consigna à saúde) pelo período que dura o contrato (15 anos prorrogáveis até 20), comprometendo-se a proporcionar acesso aos serviços que oferece a todos os 250.000 que assim necessitarem. Esta medida foi uma tentativa do governo fazer frente aos deficits da saúde das autoridades locais. O governo pretendia transferir o risco do sector público para o sector privado.

Com este sistema o governo conseguiu reduzir os gastos em 20-25%, a lista de espera de cirurgia para 40 dias e a de consulta para quinze dias, mantendo a qualidade e satisfação dos doentes. Prova disso são os prémios de melhor hospital Espanhol na categoria dos Grandes Hospitais Gerais que arrecadou nos anos de 2000, 2001 e 2002. Com este modelo como forma de financiamento hospitalar conseguem-se utilizar de

uma forma mais racional os recursos públicos para a saúde, uma vez que está associado a mais eficiência, mais actividade, melhores serviços e um maior número de cidadãos (eleitores) satisfeitos com a performance do governo. (25)

Porém, existem exemplos de financiamento hospitalar por capitação que não foram tão bem sucedidos. Na Califórnia, alguns autores acreditam que a capitação é a causa da crise financeira que os hospitais atravessam. Para estudar os factores que levaram a essa crise. Chu et al. realizaram um estudo onde analisaram o efeito na eficiência nos hospitais californianos que tinham a capitação como forma de pagamento. Chegaram a duas conclusões díspares, que os hospitais cuja base de pagamento era a capitação eram menos eficientes do que os que não a utilizavam, e que quanto maior fosse o grau da capitação maior era a eficiência. Porém, esta aumentava só até certo ponto do grau de capitação. A partir do 4º percentil a eficiência estabilizava e poderia ser esta uma das razões da crise financeira uma vez que estes ganhos de eficiência levavam a uma diminuição do valor *per capita* colocando o hospital em risco. Daí que, Chu chegou à conclusão que os administradores não se devem deixar entusiasmar muito com o aumento de eficiência ao ponto de aumentar gradualmente o grau de envolvimento da capitação. (26)

Existem ainda estudos que afirmam que a capitação pode ainda ser utilizada como um complemento do sistema de financiamento por GDH. Na Austrália, onde, Antioch estudou a possibilidade de implementação do modelo de capitação para doenças crónicas para complementar o sistema de financiamento por GDH australiano uma vez que verificou que nos principais hospitais universitários os preços relativos por GDH são reduzidos para determinadas doenças crónicas como a Fibrose Cística (FC). Para isso desenvolveu um modelo de capitação para a fibrose cística (GDH 173) que financiaria o Hospital *The Alfred* em Victoria, Austrália, para estes doentes. Concluiu que a implementação do modelo de capitação com ajustamento do risco para a Fibrose cística podia reduzir o risco e encargos financeiros levando a um uso mais apropriado dos fundos. Segundo a autora este modelo pode também proporcionar incentivos mais apropriados para tratar doentes com FC aumentando a flexibilidade de cuidados e o aumento de financiamento. A maior vantagem do modelo de capitação é conseguir prever os gastos individuais em serviços específicos. Ele usa medidas complexas e relacionadas com a saúde do doente para prever o seu custo, o que aumenta o seu poder de predição. Os resultados mostram a necessidade de um modelo de capitação para as

doenças crónicas como uma modificação complementar ao *casemix* dos GDH na Austrália, dado o seu potencial na equidade, eficiência, e justiça distributiva. Este modelo pode servir de exemplo para muitos países Europeus. A autora defende ainda que o modelo americano de ajustamento pelo risco, *Diagnostic Cost Groups* (DCG) é um modelo muito promissor como alternativa para ajustar o risco dos modelos de capitação australianos. (27)

Os *Diagnostic Cost Groups* são um modelo de ajustamento para o risco, criados em 1989 na Universidade de Boston por Arlene Ash, Gregory Pope e Randy Ellis. Desde a sua criação, este modelo já foi alvo de várias inovações, tornando-se cada vez mais complexo e com maior valor preditivo dos custos para a saúde. Actualmente este modelo de ajustamento para o risco, que utiliza informação demográfica, de diagnóstico e de custos, é constituído por 800 grupos de diagnóstico agrupados em 184 condições de categoria que por sua vez estão classificadas em 118 grupos hierárquicos.

Os DCG estão associados a resultados baseados no risco da severidade de determinada doença, com objectivo de constituir um bom *proxy* das necessidades associadas e consequentemente prever melhor os custos.

A principal razão de utilizar os diagnósticos nos modelos de ajustamento pelo risco é alguns destes permitirem uma previsão relativamente constante dos custos dos cuidados de saúde. (4)

Segundo Antioch os DCG podem ainda ser utilizados para calcular o *case-mix* e ainda ajustar o risco para pagamentos por orçamento global. (15)

Segundo Ramos, o uso dos DCG são uma opção muito promissora para começar a refinar a fórmula de capitação. Uma vez que segundo a mesma autora eles são melhores predictores do que os factores demográficos (sexo, idade e etnia). Porém a autora também refere que os DCG exigem meios logísticos que muitos países não têm. (28)

Também são reconhecidas algumas limitações à utilização dos DCG, entre elas o facto de diagnósticos semelhantes necessitarem de recursos diferentes e diferentes diagnósticos necessitarem dos mesmos recursos.

Concluindo, a capitação é um meio de financiamento que parece estar a assumir uma especial relevância, em particular com a sua implementação em alguns países o que merece a necessária reflexão. É do consenso geral, que se um país quiser implementar uma política de controlo de custos com a transferência de risco para os prestadores,

qualquer que seja a estrutura do serviço de saúde, o financiamento hospitalar tem de assentar num modelo prospectivo, baseado em pagamentos por capitação. (29)

CONCLUSÃO

Desde que a saúde em Portugal passou a ser universal e gratuita, sendo paga pelo Estado, as despesas públicas para com a saúde aumentaram bastante. Assim, a nível do financiamento hospitalar também em Portugal se viveram grandes reformas no sector. O modelo baseado na despesa histórica foi substituído por um modelo baseado na actividade desenvolvida indutor de eficiência e com a vantagem de conseguir controlar melhor os custos.

Actualmente o pagamento aos hospitais é baseado nos serviços, actos e actividades realizadas, segundo uma tabela de preços definida, previamente negociados segundo um contrato-programa.

Esta monografia analisa o modelo de pagamento por capitação, utilizado no Hospital de La Ribera no distrito de Alzira em Espanha, como alternativa ao modelo prospectivo por GDH em vigor em Portugal. Este hospital conseguiu ganhos de eficiência e produtivo muito significativos provando que é possível implementar o sistema de capitação nos hospitais, que devido à sua maior dimensão conseguem enfrentar melhor a imprevisibilidade do custo de produção imposto pela capitação.

Desta forma, considerando os nossos gastos avultados com a saúde e a ineficiência de alguns dos nossos hospitais, o sistema de capitação, ajustado pelo risco pelos DCG e pelos factores demográficos seria uma excelente alternativa para controlar melhor os custos e aumentar a eficiência.

Para implementar o financiamento por capitação em temos de conciliar um número de objectivos, entre eles:

- Servir as necessidades da população a que se destina;
- Procurar que os pagamentos por capitação sejam legítimos e sensíveis às necessidades em saúde da população;
- Procurar que os pagamentos sejam o mais independentes possível de factores ilegítimos;
- Maximizar a qualidade da informação em que os pagamentos por capitação são baseados;
- Minimizar os incentivos perversos que a capitação pode induzir;
- Integrar sistemas de ajustamento pelo risco no esquema da capitação;

- Minimizar os custos administrativos que a capitação comporta;
- Desenhar um sistema de saúde que seja mais forte do que as limitações que a capitação possa trazer.

Alcançar estes objectivos é uma tarefa árdua, mas é necessário considerar os benefícios que poderão advir da sua implementação.

REFERÊNCIAS

- 1- Bentes M, Gonçalves ML, Tranquada S, Urbano J: A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar*; 1996: 33-42
- 2- Bentes M, Barardo A: 8º encontro nacional de Economia da Saúde; 23 e 24 de Outubro de 2003
- 3- MA CA: Health Care payment systems: Cost and quality incentives; *Journal of Economics and Management Strategy* 3; 1994
- 4- Costa C, Santana R, Boto P: Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 7; 2008: 67-101
- 5- Saltman R, Figueras J: Analysing the Evidence of European Health Care Reforms. *Health Affairs* 17 n.3; 1998: 85-108
- 6- Barros P, Gomes J: GANEC – Gabinete de Análise Económica Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa, Julho de 2002, http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-sumario.pdf, consulta em Fevereiro de 2010
- 7- Gago A: O Financiamento Hospitalar e os Grupos de Diagnóstico Homogéneos. <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2008001743>, consulta em Fevereiro de 2010
- 8- Aas IH: Incentives and financing methods. *Health Policy* 34; 1995: 205-220
- 9- Dismuke C, Sena V: Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnosis technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. *Health Care Management Science* 2; 1999: 107-116
- 10- IGF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2005; “Grupos de Diagnóstico Homogéneos. Relatório Nacional de 2004”, Ministério da Saúde, Setembro, Lisboa
- 11- Mateus C: O financiamento hospitalar com grupos de diagnósticos homogéneos: resultados para Portugal entre 1995-2001
- 12- Santana R: O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista de Saúde Pública* 5; 2006: 93-118
- 13- Rego G: *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: Uma aplicação ao Sector da Saúde*, Vida Económica, Porto, 2008

- 14- Mikkola H, Keskmâki I, Hâkkinem U: DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden?. *Health Policy* 59; 2002: 37-51
- 15- Segovia C: The system perspective; *Hospital Financing: Diagnosis Related Groups – Leading the Debate*. Bruxelas, 5 de Março 2009, <http://www.ehma.org/files/5CarlosSegovia.pdf>, consulta em Dezembro de 2010
- 16- Antioch K, Walsh M: The risk-adjusted vision beyond casemix (DRG) funding in Australia, international lessons in high complexity and capitation. *Eur J health Econom* 5; 2004: 95- 109
- 17- Gracey D: The Problem with Diagnosis Related Group 475. *American College of Chest Physicians* 122 n.1; 2002: 299-301
- 18- Escoval A, Matos T: Seminário: Financiar, Pagar, Contratualizar em Saúde. Das actividades aos resultados. 3 Fev. de 2009, <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/DOCAnaEscoval.pdf>, consulta em Janeiro de 2010
- 19- Schmitz H: Seminário: Health Care in Germany. The Hospital financing system. Lisboa, Portugal, 3 de Fevereiro, <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/DOCHCinGermanyHaraldSchmitz.pdf>, consulta em Janeiro de 2010
- 20- Ridder H, Doege V, Martini S: Differences in the Implementation of Diagnosis-Related Groups across Clinical Departments: A German Hospital Case Study. *Health Services Research* 42 n.6; 2007: 2120-2139
- 21- Daley C, Gubb J: Health reform in the Netherlands. *CIVITAS* 11; 2007: 1-14
- 22- Perelman J, Closon M: Hospital response to prospective financing of in-patient days: The Belgian Case. *Health Policy* 84; 2007: 200-209
- 23- Perelman J, Shmueli A, Closon M: Deriving a risk-adjustment formula for hospital financing: Integrating the impact of socio-economic status on length of stay. *Social Science & Medicine* 66; 2008: 88-98
- 24- Lorenzo I, Navarrete M, Núñez R: Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. *Gac Sanit* 22; 2008: 218-26
- 25- Ginésia E, Torner A, Ferrer M: La experiencia del “Modelo Alzira” del Hospital de La Ribera a La Ribera- área 10 de salud: la consolidación del modelo. *Rev Adm Sanit* 3 n. 1; 2005: 83-98
- 26- Chu H, Liu S, Romeis J: Does capitated contracting improve efficiency? Evidence from California hospitals. *Health Care Manage Rev* 29 n. 4; 2004: 344-352

- 27- Antioch K, Walsh M: Risk-adjusted capitation funding models for chronic disease in Australia: alternatives to casemix funding. *Eur J Health Econom* 3; 2002: 83-93
- 28- Lamers L: Risk-adjusted capitation payments: Developing a diagnostic cost groups classification for the dutch situation. *Health Policy* 45; 1998: 15-32
- 29- Rice N, Smith P: Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report. *The Milbank quarterly* 79 n.1: 2001: 81-113