



Dissertação
Mestrado Integrado em Medicina

**FINANCIAMENTO HOSPITALAR
- ANÁLISE E REFLEXÃO -**

Renato António Lourenço da Silva

Orientador

Professor Doutor Fernando José Montenegro Sollari Allegro

Porto, 2015

RESUMO

O sistema hospitalar é demasiado complexo e, atendendo à necessidade de racionalizar continuamente recursos humanos e materiais, assistiu-se, na última década, a uma mudança de gestão centrada numa lógica pública e centralista, por uma de empresarialização e de responsabilização de gestão, pese embora o pressuposto de prestação de um serviço público. Os sistemas de saúde apresentam, na sua grande maioria, graves problemas de financiamento, em grande parte devido à alteração do paradigma demográfico e da introdução de novas tecnologias, que resultam num contínuo aumento da despesa. Desta forma, os Estados são obrigados a adotar rigorosas políticas para contenção do crescimento da despesa, sendo que a que tem maior impacto na eficiência da prestação dos cuidados de saúde é o aperfeiçoamento do modelo de financiamento hospitalar.

Considerando que não existem modelos de financiamento ideais, é essencial o constante debate sobre os mesmos, de modo a avaliar a existência de alternativas mais eficientes, a fim de proporcionar uma maior sustentabilidade dos sistemas de saúde e uma maior qualidade na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

Assim sendo, esta dissertação analisa os diferentes modelos de financiamento existentes, bem como a evolução do financiamento hospitalar em Portugal e os modelos praticados por outros países europeus. Por fim, é feita uma reflexão sobre possíveis melhorias a serem aplicadas ao modelo de financiamento praticado atualmente em Portugal.

Palavras-chave: financiamento hospitalar, modelo retrospectivo, modelo prospetivo, grupos de diagnósticos homogéneos (GDH), pagamento por capitação, pagamento por desempenho, financiamento hospitalar em Portugal, contratos-programa

ABSTRACT

In the last decade, management centered on public and centralist logic was updated to an entrepreneurialization and accountability of management, despite although the provision of assumption of a public service. The majority of health systems have serious funding problems, largely due to demographic paradigm changes and the introduction of new technologies that result in a continuous increase of expenditure. Thereby, countries are required to adopt strict policies to restrain spending growth, acknowledging the component with the biggest impact on the provision of health care efficiency is the improvement of hospital funding model.

Whereas there are no ideal financing models, the constant debate about them is essential, in order to assess the existence of more efficient alternatives so as to provide greater sustainability of health systems and increased quality in health care citizens.

Therefore, this dissertation analyzes the different existing financing models, as well as the evolution of hospital financing in Portugal and models practiced by other European countries. Finally, possible improvements that could be applied to the funding model currently practiced in Portugal are taken into consideration.

Keywords: hospital financing, retrospective model, prospective model, diagnosis related groups (DRG), capitation, pay-for-performance, hospital financing in Portugal, contracting programme

ÍNDICE

Abreviaturas	1
Introdução	2
Modelos de Financiamento	2
Modelo Retrospetivo.....	2
Modelo Prospetivo	3
Unidades de Pagamento	4
Pagamento baseado no ato	4
Pagamento por diária de internamento	4
Pagamento por caso	4
Pagamento por orçamento global	6
Capitação	6
Pagamento por desempenho	7
Evolução do Financiamento em Portugal.....	8
Perspetiva Internacional	15
Alemanha	15
França	17
Inglaterra	18
Itália	19
Conclusão e Perspetivas Futuras	21
Referências Bibliográficas	24

ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
EPE	Entidade Pública Empresarial
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICM	Índice de <i>case-mix</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parceria Público-Privada
SA	Sociedade Anónima
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
T2A	<i>Tarification à l'activité</i>
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

Uma das principais preocupações da maioria dos países são os recursos do setor da saúde, nomeadamente as fontes de financiamento, a capacidade de manter os níveis de financiamento anteriores, os padrões de alocação de recursos e a eficácia da prestação dos serviços de saúde [1].

Os hospitais são um elemento importante desta preocupação, pois são a maior e mais cara unidade operacional dos sistemas de saúde e são responsáveis por uma grande parcela de recursos financeiros e humanos. Estes utilizam uma larga maioria do pessoal de saúde altamente especializado e consomem, em média, metade do orçamento disponibilizado para o setor da saúde pelos governos dos países [1,2].

Os recursos destinados aos hospitais e ao setor da saúde apresentam sempre uma diferença negativa entre os recursos disponíveis e necessários, pois as necessidades de saúde dos países estão constantemente a aumentar, muito por causa de alterações sociais, demográficas e epidemiológicas. Esta situação desafia os governos dos países a explorarem formas de gerar receita adicional ou a usarem os recursos existentes de forma mais eficaz, através da melhoria dos padrões de alocação e maior eficiência na gestão de operações hospitalares. Assim sendo, torna-se importante conhecer os diferentes modelos de financiamento existentes, pois estes influenciam fortemente os diferentes atores e entidades que integram os sistemas de saúde, seja na obtenção como na distribuição de recursos [3,4], assumindo-se como verdadeiros “motores” do seu desempenho [5,6].

Modelos de Financiamento

São considerados, em função da sua natureza, dois modelos de pagamentos aos hospitais, retrospectivo e prospetivo, sendo que cada um deles apresenta as suas vantagens e desvantagens [7].

Modelo Retrospectivo

O modelo retrospectivo foi a forma de financiamento utilizada por vários países industrializados até às décadas de 80-90. Este modelo consiste no reembolso dos custos incorridos pelos hospitais, ou seja, os pagamentos são calculados mediante a despesa verificada no ano anterior. Desta forma, pode não existir uma relação entre o financiamento e o nível de produção e desempenho obtidos e, portanto, trata-se de um modelo que não contém incentivos

à eficiência nem ao controlo de custos. Esta forma de financiamento não acarreta qualquer risco para o prestador, pois este sabe que, qualquer que seja o nível de despesa obtida, vai ser reembolsado nesse valor, e, por isso, não se preocupa com a redução de custos e com o aumento da eficiência, já que isso é sinónimo de um menor nível de financiamento. Pelo contrário, até pode potenciar um consumo exagerado dos recursos, com multiplicação dos atos e prolongamento de internamentos. Por outro lado, também apresenta vantagens, pois diminui o conflito entre qualidade e atividade produzida, dando mais liberdade de atuação aos profissionais de saúde e potenciando a continuidade dos cuidados. Portanto, tanto os hospitais como os utentes partilham o interesse por uma sobreprestação de cuidados, pois os primeiros obtêm um maior financiamento e os segundos maiores benefícios a nível de tratamentos [6,8].

Modelo Prospetivo

O modelo prospetivo é o modelo que tem sido adotado pelos países nas últimas duas décadas. Este pressupõe o pagamento de uma quantia fixa, por doente, aos hospitais, independentemente dos custos incorridos por estes. Este valor é estabelecido antes da realização dos procedimentos, conferindo então um incentivo ao aumento da eficiência e à poupança de recursos, pois transfere a responsabilidade financeira para os prestadores, suportando estes as diferenças entre custos apurados e preços estabelecidos. Desta forma, os prestadores são obrigados a dar uma resposta que promova cuidados custo-efetivos, sem afetar a quantidade e qualidade da prestação dos mesmos. No entanto, a principal desvantagem e crítica a este modelo é a sobreprestação de cuidados mediante um mesmo pagamento. Na verdade, este tipo de pagamentos promove a seleção dos doentes, potenciando a sobreprestação a doentes de baixa severidade e a sobreprestação a doentes de elevada severidade, com aumento do tempo de internamento nos primeiros e redução nos segundos, verificando-se altas prematuras e taxas de reinternamento elevadas. Isto ocorre, pois, mediante um mesmo pagamento e custos de tratamento diferentes, é financeiramente vantajoso tratar doentes com menores custos associados. Além da tendência para selecionar doentes, estas constatações também colocam em causa a qualidade dos cuidados prestados [6,8].

Ambos os modelos originam, portanto, efeitos benéficos e adversos ao nível dos incentivos e da qualidade dos serviços prestados, daí surgir a ideia de que nenhum sistema é ideal. A aplicabilidade e adequação destes varia consoante o contexto económico, social e institucional em que são instituídos, sendo que os mesmos tendem a afastar-se das suas formas puras, conjugando características, mas sempre com predominância de um ou de outro.

Unidades de Pagamento

Na aplicação destes modelos de financiamento são utilizadas unidades de pagamento, que estabelecem como o dinheiro é atribuído aos prestadores de cuidados de saúde. Várias modalidades de pagamento incluem-se nestes dois modelos que, consoante as características que as definem, são consideradas de natureza retrospectiva ou prospetiva.

Pagamento baseado no ato

Neste modelo, os prestadores são remunerados por cada ato ou serviço prestados, sendo que o pagamento total é o somatório de todos os atos prestados ao utente. Desta forma, o financiamento e o nível de recursos do hospital são determinados pelo número de serviços prestados. Os preços podem ou não ser previamente definidos. Neste sistema existe uma maior flexibilidade na prestação, incentivando o aumento da produtividade. No entanto, isto não significa que se verifique um aumento da qualidade, pois a principal desvantagem apontada ao sistema é o incentivo à multiplicação de atos e o desincentivo à prevenção da doença, aumentando desta forma os custos totais [8,9].

Pagamento por diária de internamento

Nesta modalidade, o prestador recebe um valor fixo por cama ocupada, ou seja, é remunerado consoante o número de dias que o doente esteve hospitalizado. A despesa global do hospital está, portanto, condicionada pela capacidade total do mesmo. É um modelo que não incentiva a eficiência, pois promove admissões eventualmente dispensáveis e faz aumentar o tempo médio de internamento, de modo a compensar os custos mais elevados verificados nos primeiros dias de internamento, quando a intensidade dos tratamentos é maior. Também pode levar os hospitais a aumentarem a sua capacidade total de internamento, de modo a aumentarem a taxa de ocupação e, conseqüentemente, o financiamento que recebem. Para minimizar estes incentivos à ineficiência, alguns países impõem limite de dias por internamento, reembolsando apenas parcialmente quando os internamentos excedem esse limite [8,10].

Pagamento por caso

Neste sistema, os pagamentos podem ser realizados por doente saído ou por caso clínico. O primeiro é bastante simples, pois baseia-se no pagamento de um determinado valor por doente saído. Esta forma de pagamento incentiva o aumento das admissões, especialmente se o pagamento exceder os custos, mas poderá originar, como efeito adverso, uma diminuição da qualidade da prestação de cuidados. No entanto, dada a multiplicidade de patologias tratadas

num hospital, em cada caso, poderá não existir uma relação entre os custos dos tratamentos efetuados e o pagamento realizado. Em relação ao segundo, é efetuado um pagamento específico por caso clínico, sendo que o valor padronizado tem em conta variações nos tipos de caso (*case-mix*). O método mais usado internacionalmente é o *Diagnosis Related Groups* (DRG). A sua utilização tem aumentado nos últimos 30 anos, principalmente nos países ocidentais. Consiste num sistema de classificação de pacientes, em que estes são agrupados mediante características semelhantes [8].

A classificação de hospitalização é baseada no que é geralmente aceite como grupos homogéneos, quando se trata de prontuários e uso de recursos, sendo que os diagnósticos primários e secundários dos pacientes constituem a base principal para a classificação. Cada grupo de DRG tem um preço, que é baseado em pesos de custos ou nível médio de utilização de recursos de internamento nesse grupo, tendo por base a Classificação Internacional de Doenças (CID). Também é utilizado nesta ponderação o índice de *case-mix* (ICM) que caracteriza o perfil de produção de cada hospital [9,11].

O conceito surgiu na Universidade de Yale, nos Estados Unidos da América (EUA), onde um grupo de pesquisadores desenvolveu um sistema de classificação destinado a medir a produtividade e eficiência dos hospitais, bem como gestão e controlo do uso dos recursos. Durante a década de 1970, os pesquisadores de Yale desenvolveram várias versões e melhorias do sistema. O primeiro exemplo de aplicação ao financiamento público dos hospitais aconteceu na administração Reagan nos EUA, no início da década de 1980 [12].

O uso deste sistema potencia a eficiência e uma produção mais custo-efetiva, incentivando a contenção de custos por caso, nomeadamente diminuição do tempo médio de internamento e do número de atos prestados. Por outro lado, incentiva o aumento do número de doentes tratados e a diminuição da duração do tempo de tratamento dos mesmos, pois um maior número de doentes tratados equivale a um maior financiamento, que conjugado com uma diminuição do consumo de recursos, resulta em mais-valias para os hospitais. No entanto, como os preços pagos por cada DRG são fixos, podem não refletir com rigor o custo real dos cuidados prestados, pelo que alguns casos poderão ser sobrefinanciados e outros subfinanciados [8,9,11].

Como críticas a este sistema aponta-se o interesse financeiro em aceitar doentes para os quais o pagamento seja superior aos custos de tratamento que a severidade indica, ou a codificação dos doentes em categorias às quais estão associadas melhores remunerações. Além disso, os incentivos para reduzir os custos de produção por caso e para aumentar o número de doentes

tratados, podem ter consequências na qualidade dos cuidados prestados [9,11].

Pagamento por orçamento global

Nesta unidade de pagamento é atribuído previamente ao prestador um montante global que cobre todos os serviços prestados, durante um determinado período de tempo. Implica um acordo entre o financiador e a instituição prestadora, relativamente às quantias a serem transferidas, calculadas mediante o volume e características dos cuidados a serem prestados. Esta forma de financiamento é a mais simples de todas e pode ser determinada com base na despesa histórica, volume de serviços prestados, população coberta e custos unitários fixos. Também pode ser calculada através de uma fórmula de capitação que tem em conta variáveis como as necessidades em saúde e a despesa histórica. Durante a década de 80, o orçamento global foi o principal método de pagamento em países cujo governo era o principal prestador, bem como financiador dos serviços de saúde. Confere ao prestador maior flexibilidade, uma vez que pode alocar os recursos conforme as necessidades em cada linha de produção e tem como principal vantagem a contenção de custos, já que, ao impor um limite de custos, cria responsabilidades financeiras ao prestador. No entanto, este sistema não cria incentivos à qualidade, uma vez que, para existir um aumento desta, é necessário um aumento do consumo de recursos, resultando em perdas financeiras para o hospital. O pagamento por orçamento global pode ser útil quando associado a outras unidades de pagamento, como o pagamento por caso clínico e a capitação [6,8,10]

Capitação

A capitação é um sistema de pagamento em que é atribuída uma quantia fixa por utente que integre um determinado nível de cuidados. O montante concedido financia um conjunto de serviços, independentemente do utente precisar ou não, durante um período de tempo. O prestador recebe então, por norma anualmente, um valor fixo por cada cidadão inscrito na sua lista de utentes, com vista a custear os cuidados contratados. É uma forma de transferir as responsabilidades financeiras para os prestadores, incentivando o controlo de custos e a prestação de cuidados custo-eficazes, já que existindo uma diferença entre o valor pago e o custo incorrido, esta reverte para o prestador. Este sistema pode resultar na diminuição da quantidade e qualidade dos serviços prestados e na seleção de doentes com menores riscos associados. Por outro lado, como os utentes são livres de mudar de prestadores, e uma redução na lista de inscritos acarreta uma redução nos pagamentos, há a necessidade de fidelização dos mesmos, estando então inerente uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por último, a capitação faz com que a prevenção da doença seja a área mais em foco comparativamente à cura, uma vez que os cuidados diferenciados são mais dispendiosos [6,8].

Pagamento por desempenho

Este modelo recompensa financeiramente melhorias na eficiência dos hospitais e, por isso, paga montantes diferentes com base nas diferenças de desempenho. A motivação para pagar com base no desempenho surgiu como resposta às tendências de crescimento da utilização de cuidados de saúde, dos custos médicos e dos custos com cuidados crónicos, mas, também, com as demandas por parte dos utentes para a melhoria da qualidade do atendimento [13,14]. Supõe-se, então, que o aumento da qualidade ou da eficiência requer “esforço” por parte do prestador, e que esse deve ser recompensado financeiramente (ou enfrentar uma penalização) caso se verifiquem melhorias na prestação dos cuidados. Com este modelo pretende-se incrementos ao nível da qualidade clínica e do atendimento, da coordenação e integração de cuidados, da cobertura dos serviços de prevenção, e da utilização dos dados e tecnologias da informação, bem como, o desenvolvimento de uma cultura de medição de desempenho e monitoramento dos profissionais de saúde. Existem programas de pagamento por desempenho orientados especialmente para hospitais, definidos para resolver problemas específicos, tais como redução de complicações evitáveis ou adesão às diretrizes clínicas em certas áreas clínicas [15]. A tendência atual, nas reformas dos sistemas de financiamento, é a de adicionar aos modelos em vigor um incentivo financeiro baseado na eficiência [14,16].

Analisados os diferentes modelos de financiamento e unidades de pagamento, bem como as suas vantagens e desvantagens, importa conhecer a evolução do financiamento hospitalar em Portugal ao longo das últimas décadas, e as repercussões na qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados.

EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO EM PORTUGAL

Antes do 25 de abril, vivia-se uma situação de grandes limitações no setor da saúde, onde coexistiam várias instituições de prestação de cuidados de saúde, das quais se destacam as Misericórdias, que geriam a maior parte dos hospitais. Os hospitais estatais encontravam-se apenas localizados nos grandes centros urbanos e, além de existirem em número reduzido, apresentavam uma elevada debilidade financeira. Além destes, existiam os Serviços Médico-Sociais (vulgo “postos das caixas”), que asseguravam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência; os Serviços de Saúde Pública, com diversas valências no âmbito da proteção da saúde; e os serviços privados, direcionados aos estratos socio-económicos mais elevados [9].

É realizada, em 1971, uma reforma do sistema de saúde e da assistência, que é considerada um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que são criados, nomeadamente, os centros de saúde de primeira geração. No entanto, durante o seu período de vigência, até 1979, nunca foi completamente implementada. Com a democratização, em 1974, os hospitais das Misericórdias são nacionalizados e, em 1976, a Constituição da República Portuguesa estabelece a criação de um SNS, inspirado no modelo de Beveridge, que advoga o direito à proteção da saúde de uma forma universal, geral e gratuita, sendo que o financiamento passa a ser feito a partir do Orçamento Geral do Estado. Com a integração de estruturas e financiamento num sistema único, são lançadas, então, as bases para a implementação do SNS em 1979. O mesmo se passou noutros países como Itália (1978), Grécia (1983) e Espanha (1986), que viveram um processo de democratização, tal como Portugal. Em 1984, assiste-se, ainda, à integração dos centros de saúde com os postos médicos dos Serviços Médico-Sociais [9,17].

Até 1980, as instituições hospitalares pertencentes ao SNS eram pagas de um modo retrospectivo, ou seja, com base nos custos reais incorridos com o tratamento dos doentes, através da análise das contas do ano anterior (despesa histórica) e nos acréscimos de verbas governamentais transferidas pelo Orçamento Geral do Estado ao SNS. Este modelo de reembolso de custos não fornecia quaisquer incentivos para os hospitais controlarem os seus níveis de consumo, nem promovia a sua eficiência. Bem pelo contrário, promovia uma utilização excessiva de atos e serviços e não incentivava o controlo dos custos de produção, assistindo-se a um desperdício de dinheiro que poderia ser usado para melhorar a acessibilidade a cuidados de saúde a outros cidadãos [9].

Em 1981, são iniciadas alterações significativas, com o intuito de modificar o esquema de pagamento aos hospitais, de forma a serem efetivamente pagos pelos serviços prestados [5]. O pagamento passa a estar associado à produção final, através do número de doentes tratados por especialidade médica, e à produção intermédia, nomeadamente o número de exames de diagnóstico realizados [18]. Os internamentos começam a ser financiados a preços diferentes, variando com a especialidade clínica, o tempo médio de internamento e as taxas de ocupação, enquanto que o ambulatório, que engloba urgências e consultas externas, é pago independentemente do tipo de patologia. Os serviços de diagnóstico e terapêutica passam a ser pagos de acordo com um preço médio unitário, consoante os atos prestados, mas sem qualquer ponderação associada à complexidade ou aos custos. Em relação a outros encargos, os administrativos são financiados separadamente, e os relacionados com investimentos são decididos mediante um processo negocial, em que é dada a prioridade possível aos projetos sugeridos pelas administrações dos hospitais. Assim sendo, este novo método de pagamento representou um enorme avanço, mas aquém do ideal, uma vez que assentava numa classificação do *case-mix* bastante elementar, que não tinha em consideração diferenças entre hospitais [9].

Em 1984, iniciou-se o processo de adaptação dos DRG, ou Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) como viriam a ser conhecidos, a Portugal. A sua aplicação criaria uma pressão de controlo de custos nos prestadores, ao fazer incidir o pagamento sobre todo o episódio de internamento, ao invés de se realizarem pagamentos separados consoante os serviços prestados durante o internamento. Foram também criadas as Administrações Regionais de Saúde, que possibilitam uma descentralização de meios na área da saúde [17,19].

Com a integração de Portugal na Comunidade Económica Europeia, em 1986, inicia-se um ciclo económico de crescimento, sendo que, no ano seguinte, é estabelecida a autonomia administrativa e financeira dos hospitais do SNS. A publicação de preços por GDH ocorreu em 1989 e a sua implementação começou a ser encetada em 1990, de forma parcial, na elaboração dos orçamentos para o internamento hospitalar [5,9,20]. Portugal foi então um dos pioneiros a introduzir os GDH na Europa, como critério de afetação para os orçamentos hospitalares [17].

Entretanto, em 1989, Portugal assiste a uma revisão da Constituição, onde é alterado o princípio dos serviços de saúde, afastando o princípio da gratuitidade e tornando o acesso à saúde “tendencialmente gratuito”, exigindo-se o pagamento de taxas moderadoras em alguns casos, consoante as condições económicas e sociais dos cidadãos. Em 1990, é aprovada a Lei

de Bases da Saúde que, juntamente com as alterações na Constituição, tornaram possível que a prestação de cuidados de saúde fosse assegurada não só pelo Estado, mas também por outras entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, através da celebração de convenções entre o Estado e essas entidades. Os subsistemas também foram reconhecidos como financiadores do SNS, através do pagamento de cuidados prestados aos seus utentes por instituições do SNS [17,21].

A aplicação efetiva dos GDH só veio a ser realizada em 1997, quando os pagamentos a todos os hospitais passaram a combinar a componente histórica e a componente de produção ajustada pelos GDH, inicialmente de 10%, com preços diferenciados, em função de cinco grupos de hospitais, mensurados pelo ICM. Nos anos seguintes, a percentagem desta componente aumentou progressivamente, assistindo-se então à substituição gradual do modelo de financiamento retrospectivo, com base nas despesas históricas, pelo modelo prospetivo que tem em consideração os GDH [5,17].

Entre 1996 e 2002, foi posto em prática um projeto de reforma intitulado “Serviço Nacional de Saúde XXI”, que pretendia criar novos mecanismos, como agências de contratualização e centros de responsabilidade integrados, e implementar remunerações pelo desempenho e sistemas de qualidade. Este projeto foi, entretanto, interrompido, bem como a implementação destes mecanismos, à exceção das agências de contratualização, atualmente denominadas Departamentos de Contratualização [21,22]. Outras experiências foram realizadas no setor hospitalar durante a década de 90, como por exemplo, a atribuição, em 1995, da concessão de gestão do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) a um grupo privado, com o objetivo de separar as funções de administração e direção técnica e, assim, aumentar a responsabilidade de cada órgão de gestão. Em 2008, este contrato de gestão foi extinto, tendo o hospital voltado à gestão pública em janeiro de 2009, já como Entidade Pública Empresarial (EPE). Outra experiência que vigora até à data, é a implementação de regras de gestão privada em hospitais públicos, isto é, a gestão dos hospitais do Barlavento Algarvio, de São Sebastião e da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos não foi transferida para uma entidade privada, mas prefigurou-se a utilização de instrumentos do direito privado na sua gestão, continuando os gestores a ser públicos. As ULS constituem grupos de prestadores de cuidados de saúde que deverão integrar os hospitais e centros de atenção primária de uma mesma área geográfica e resultam da integração vertical iniciada em 1999 no SNS [23].

No início do século XXI, vários problemas eram identificados no sistema de saúde português, como, por exemplo, as elevadas listas de espera cirúrgicas, excessiva utilização das urgências hospitalares devido à ineficiência dos cuidados de saúde primários, insatisfação generalizada

dos utentes e profissionais de saúde, e aumento descontrolado dos custos com a saúde [24]. Atendendo a este contexto, o Ministério da Saúde, em 2002, encetou um vasto conjunto de reformas, com o objetivo de dar um substancial impulso à área da saúde [25]. O objetivo era abandonar um sistema público bastante burocrático, e do tipo monopolista, e adotar um sistema de prestação de cuidados em rede. Foi então desenvolvido um modelo público contratual, em que entidades de natureza pública, social e privada agiam de forma integrada e orientada para as necessidades dos utentes [22]. Isto aconteceria através da articulação dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, sem que o SNS fosse o referencial preferencial [26,27].

Em finais de 2002, é realizada a primeira alteração da Lei de Bases da Saúde de 1990, estabelecendo um novo regime jurídico da gestão hospitalar. Nesse diploma é definida uma nova rede de prestação de cuidados de saúde, composta pelos “tradicionalis” hospitais públicos (hospitais do Setor Público Administrativo, SPA), hospitais públicos com caráter empresarial (hospitais Entidade Pública Empresarial, EPE), hospitais sociedades anónimas de capitais públicos (hospitais Sociedade Anónima, SA) e estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos (hospitais convencionados). Foi criado, desta forma, um mercado de cuidados de saúde, onde o SNS era livre de comprar, tanto no setor público como no privado, pois o novo regime assentava numa lógica de complementaridade [27,28].

Posto isto, em dezembro de 2002, foi criada a Unidade de Missão dos Hospitais SA, tendo sido aplicado o estatuto SA a 34 hospitais públicos, o que resultou na constituição de 31 sociedades anónimas, constituídas por centros e grupos de hospitais [29,30]. Após três anos em vigor, este modelo de gestão SA foi substituído por outro e procedeu-se à transformação dos 31 hospitais SA, e de outros hospitais SPA, em hospitais EPE, permitindo a constituição de diversos centros hospitalares, com o objetivo de otimizar os serviços prestados e a aplicação de recursos públicos, através da gestão integrada de várias unidades hospitalares. Com esta mudança, o Estado também ganhou uma maior amplitude de intervenção a nível de orientações estratégicas [21,23,30].

A empresarialização do setor hospitalar constituiu um fator indispensável na reforma da gestão hospitalar e na melhoria do desempenho global do SNS, e assentou em quatro grandes princípios: 1) criação de contratos-programa entre o Estado e o respetivo hospital; 2) agrupamento de cuidados e serviços por linhas de atividade (internamento, urgências, consultas externas e hospital de dia), com o custo ajustado pelo *case-mix*; 3) contratação de um volume de produção que tenha em conta a capacidade instalada, permitindo cobrir os custos fixos do respetivo hospital; e 4) produção marginal remunerada até um certo limite

médio. Com a implementação deste modelo começou a ser possível realizar a prática de *benchmarking* no setor hospitalar [17].

Segundo o “Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar”, esta mudança conduziu a uma melhoria da qualidade e ao aumento do acesso a cuidados de saúde, bem como à modernização do parque hospitalar. O aumento de produção conseguido pelos hospitais empresa foi acompanhado pela diminuição acentuada do custo médio por doente tratado [23].

Em 2002, também se assistiu ao lançamento do programa de Parcerias Público Privadas (PPP) na área da saúde, com o objetivo de obter melhores serviços através da partilha de benefícios e riscos mútuos entre entidades públicas e privadas. Este mecanismo assenta em três pilares: planeamento e financiamento públicos, investimento e gestão por parte do setor privado, e controlo e titularidade públicos [31]. Para responder a esta nova heterogeneidade de prestadores, em dezembro de 2013, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde, com o intuito de regular e supervisionar a atividade e funcionamento dos mesmos, nomeadamente o cumprimento das suas obrigações legais e contratuais, níveis de qualidade e direitos dos utentes [17].

Os primeiros contratos-programa foram estabelecidos em 2003, entre o já extinto Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (atual Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS), a União de Missão dos hospitais SA e os respetivos hospitais SA, tendo sido, em 2006, alargados a todos os hospitais do SNS (EPE e SPA) [32,33]. Os contratos-programa providenciam uma separação explícita entre o comprador e o fornecedor de serviços e estabelecem as quantidades a contratar por linha de produção, definem a tabela de preços a praticar, estipulam limites à produção marginal e determinam os critérios de atribuição de incentivos, bem como os objetivos a atingir e os indicadores para avaliação do desempenho das instituições. Os contratos-programa preveem ainda penalizações no pagamento, caso a quantidade contratada não seja produzida. Orçamentos globais potenciais, com base nestes contratos-programa, são, atualmente, alocados aos hospitais públicos do SNS [8].

Os contratos-programa e os planos de ação estabelecidos para cada hospital apresentam uma vigência de 3 anos e devem ser revistos anualmente, de acordo com a execução corrente e as previsões futuras, permitindo um melhor alinhamento estratégico. No entanto, não se tem assistido a significativas alterações, quer na contratualização das linhas de produção, quer nos objetivos propostos, bem como nos preços a praticar e nos valores de convergência [34].

A quantidade a contratar por linha de produção é calculada mediante o plano de desempenho, elaborado no final do exercício financeiro do ano anterior a que respeita o contrato-programa. Por cada linha de produção foi estabelecida uma fórmula de cálculo de pagamento, sendo que, por exemplo, o internamento e os ambulatorios médico e cirúrgico são pagos multiplicando o número de doentes equivalentes pelo índice de *case-mix* por tipo de GDH e pelo preço base definido por grupo hospitalar (atualmente estão previstos 4 grupos de hospitais com as mesmas características, para efeitos de discriminação de preços). Os contratos-programa estabelecem ainda outras componentes de financiamento, nomeadamente produção de linhas específicas consideradas prioritárias, como por exemplo, o tratamento de doentes com HIV; definição do valor da percentagem (atualmente cerca de 5%) a ser paga como incentivo, caso sejam cumpridas as metas negociadas; e determinação do pagamento a ser realizado, por linha de produção, caso seja produzido mais ou menos em relação ao volume contratado. Acresce ainda a definição do valor de convergência de cada hospital, que traduz o déficit operacional do mesmo, calculado pela diferença entre o valor da produção proposto pelo hospital e os custos operacionais já conhecidos. Este visa ajudar os hospitais com maiores dificuldades em obter ganhos de eficiência, pelo que a sua atribuição deve ser transitória e de propensão decrescente (atualmente cerca de 1%). Em relação aos doentes dos subsistemas, recorre-se às Tabelas Nacionais de GDH, fixadas em portaria ministerial, para determinar o valor a pagar por episódio de internamento [8].

Atualmente, fazem parte do universo do SNS, de acordo com o regime jurídico de gestão hospitalar, 6 hospitais SPA, 38 hospitais EPE e 4 hospitais funcionando como PPP. Isto corresponde a 23 centros hospitalares, 9 hospitais individuais, 8 hospitais pertencentes a ULS, 3 institutos oncológicos, 3 institutos de medicina física e de reabilitação e 1 centro hospitalar psiquiátrico [34].

O sistema de saúde português tem respondido positivamente às pressões financeiras nos últimos anos, equilibrando com êxito a consolidação financeira e a melhoria contínua da qualidade. Embora os gastos com saúde mostrem quedas acentuadas na sequência da crise financeira global de 2008 (redução de 6,7% nas despesas com saúde em Portugal, entre 2008 e 2012), Portugal ainda gasta mais em saúde em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) do que a maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), comprometendo 9,5% em 2012, acima da média da União Europeia (UE). As despesas públicas com saúde foram responsáveis por 61% dos custos totais de saúde, os pagamentos realizados pelos utentes por 32% e os seguros privados por apenas 5% [34].

Posto isto, é importante analisar outros modelos de financiamento seguidos por alguns países europeus, nomeadamente os que seguem um sistema de saúde parecido ao português (Inglaterra e Itália, por exemplo), mas também outros que adotaram um sistema diferente (Alemanha e França, por exemplo).

PERSPETIVA INTERNACIONAL

Existem quatro fontes principais de recursos para financiamento de cuidados de saúde: impostos, contribuições para fundos sociais de seguro, compra voluntária de seguros privados e pagamentos diretos por parte dos utentes [35]. As duas primeiras fontes são sistemas compulsórios, enquanto as duas últimas são sistemas voluntários [9].

Na Europa, a maioria dos sistemas de cuidados de saúde depende de um misto destas quatro fontes [9]. No entanto, encontramos essencialmente duas categorias de países, de acordo com o tipo de financiamento predominante. Por um lado, temos os países que têm um sistema de saúde público, inspirado no modelo de Beveridge, que consiste num sistema nacional de saúde financiado pela tributação geral, de acesso universal e assente num princípio de gratuidade. Este modelo predomina nos países do norte, sul e oeste europeu (Dinamarca, Suécia, Reino Unido, Itália, Grécia, Espanha e Portugal). Por outro, temos os países que seguem o modelo de Bismarck, baseado no seguro social, em que o acesso é universal, mas sustentado no esforço contributivo dos salários e dos empregadores. São exemplo os países do centro da Europa, como a França, Alemanha e Áustria [36,37,38].

Atualmente, esta classificação é bastante redutora, devido à evolução que os sistemas de saúde europeus viveram nas últimas décadas, razão pela qual não existe nenhum sistema “puro”. Ambos os modelos acabam por incluir características um do outro e, além disso, todos os países europeus já incluem, ou têm planos para incluir, elementos dos dois tipos de financiamento voluntário nos seus sistemas de saúde [9].

Serão então analisados os sistemas de saúde de quatro países europeus (dois bismarckianos e dois beveridgianos) e respetivos modelos de financiamento hospitalar.

ALEMANHA

O sistema de saúde alemão é baseado no seguro social ou modelo de Bismarck. Os fundos de saúde públicos e os seguros privados cobrem toda a população, sendo os empregadores e os trabalhadores a financiar estes fundos de doença, que são de participação obrigatória desde 2009, tanto para cidadãos como para residentes permanentes. Os cidadãos podem escolher livremente os seus próprios prestadores e têm acesso irrestrito a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde [35,39].

No início de 2014, cerca de 85% da população estava coberta pelo seguro de saúde público num dos seus 132 fundos, e outros 11% estavam cobertos por um seguro de saúde privado. Além destes, 4% da população estava coberta por outros esquemas governamentais específicos de alguns setores, como por exemplo, o exército e a polícia [39].

A Alemanha investe 11,4% do PIB (2012) em cuidados de saúde, um dos níveis mais altos da UE, e que reflete um aumento sustentado das despesas com cuidados de saúde nos últimos anos [39].

Uma faceta fundamental do sistema de saúde é a partilha de poderes de decisão entre as organizações do governo federal, os governos regionais e a sociedade civil, sendo que grande parte do poder é delegado a organismos de autorregulação. Em relação ao controlo sobre os recursos financeiros e despesas com cuidados de saúde, o governo federal não tem qualquer responsabilidade, pelo que cabe aos fundos de doença a gestão, mediante o que está regulamentado por lei, garantindo a sustentabilidade do sistema e a oferta de uma rede de segurança para as populações mais vulneráveis [36,40].

Os 132 fundos de doença coletam as contribuições e transferem-nas para um Fundo de Saúde. As contribuições aumentam proporcionalmente com os rendimentos, sendo que desde 2009 tem havido uma taxa de contribuição uniforme (15,5% do rendimento). Os recursos são então redistribuídos para os fundos de doença de acordo com um esquema de ajuste de risco baseado na morbilidade, e os fundos têm de compensar qualquer redução no financiamento através da cobrança de um prémio complementar [39].

Os hospitais são financiados através de "duplo financiamento". Por um lado, os governos regionais financiam investimentos de capital e, por outro, os custos de funcionamento são financiados pelos fundos de doença, seguradoras privadas e pagamentos realizados pelos próprios utentes, embora os primeiros financiem a maior parte dos custos de funcionamento (incluindo todos os custos com bens médicos e com pessoal). O pagamento dos custos de funcionamento é negociado individualmente entre os hospitais e as associações de fundos de doença, e ocorre principalmente por meio de DRG [39]. O sistema é revisto anualmente, para compensar a introdução de novas tecnologias, bem como mudanças nos padrões de tratamento e nos custos associados. Outros sistemas de pagamento, como a remuneração por desempenho, ainda estão a ser estudados para serem implementados nos hospitais. Ao nível da qualidade hospitalar, todos os hospitais são obrigados a publicar os resultados de 182 indicadores selecionados, permitindo uma comparação entre hospitais, o que torna a Alemanha líder no *benchmarking* [41].

FRANÇA

O sistema de saúde francês é baseado no seguro social ou modelo de Bismarck, embora atualmente apresente tendências do modelo de Beveridge, refletidas no financiamento unicamente público, na importância crescente da obtenção de receitas através de impostos e na elevada intervenção estatal [35,42]. A maioria da população é coberta por um plano de seguro de saúde obrigatório, financiado através do sistema de segurança social da nação. Além disso, existem vários planos que funcionam independentemente do governo central [43].

Há três fundos de seguros públicos, um para os agricultores, outro para os trabalhadores independentes e outro para os trabalhadores por conta de outrem. Estes fundos são submetidos a regulamentação governamental, sendo que o último abrange a maioria da população. A participação é obrigatória para todos os cidadãos, incluindo assalariados, estudantes, pensionistas e beneficiários de programas de assistência social. O nível pessoal de contribuição está diretamente relacionado com o rendimento [44]. As contribuições dos empregadores são responsáveis por aproximadamente metade das receitas dos fundos de seguro de saúde. Além disso, os impostos sobre automóveis, tabaco, álcool e um imposto sobre a indústria farmacêutica são também fontes de financiamento [35]. As despesas públicas com saúde foram responsáveis por 77% dos custos totais de saúde em 2012, correspondendo a 9% do PIB [41].

Até 2004, as modalidades de financiamento para hospitais públicos e privados eram complexas e possuíam regras diferentes. Os hospitais públicos tinham orçamentos globais, principalmente baseados em custos históricos. Os hospitais privados sem fins lucrativos, que realizam mais de metade de todas as cirurgias em França, tinham um complexo sistema de faturação detalhada e aplicavam taxas moderadoras. Um sistema de pagamento baseado em DRG (chamado *Tarification à l'activité*, T2A) foi então introduzido para financiar os serviços em todos os hospitais, [45] com o objetivo de melhorar a eficiência destes, bem como a transparência e equidade nos pagamentos aos hospitais públicos e privados [46]. No setor público (hospitais públicos e privados sem fins lucrativos), a percentagem de atividades abrangidas pelos DRG aumentou gradualmente: 10% em 2004, 25% em 2005, chegando a 100% em 2008. Em contraste, os hospitais privados com fins lucrativos são pagos inteiramente por DRG desde março de 2005 [42,45].

Os preços dos DRG são fixados anualmente a nível nacional, usando custos de referência separadamente para hospitais públicos e privados. No entanto, o Ministério da Saúde define os preços finais, tendo em conta o orçamento global para o setor hospitalar e as prioridades nacionais de saúde [47]. O que é coberto pelo preço difere entre os setores público e privado,

pois no último não estão cobertos os honorários dos médicos e certos exames complementares de diagnóstico. Além disso, os hospitais públicos recebem pagamentos adicionais para compensar atividades como investigação e ensino [42].

Apesar do consenso inicial sobre esta reforma, os prestadores tornaram-se bastante críticos em relação ao sistema, devido aos problemas encontrados na sua execução. Em 2012, o governo anunciou a intenção de proceder a alterações, para melhor lidar com os efeitos adversos encontrados. Estas passam pela implementação de um abrangente sistema de informação para monitorar os custos e a qualidade dos serviços hospitalares, de forma a fomentar a prática de *benchmarking*, com o objetivo de identificar os prestadores eficientes e divulgar as boas práticas médicas e organizacionais. Tudo isto suportado por um contínuo aperfeiçoamento de uma estrutura de incentivos [46].

INGLATERRA

Inglaterra, a par da Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, criou o *National Health System* (NHS) em 1948. Toda a população está coberta por este sistema, que é financiado principalmente pela tributação geral. Os serviços são organizados e geridos por autoridades públicas regionais e locais [36]. O objetivo do NHS é prestar acesso universal e integral à saúde, de uma forma tendencialmente gratuita [43]. Em paralelo, funciona um sector privado, que se dedica sobretudo a determinados procedimentos eletivos [48].

Em 2012, o Reino Unido gastou cerca de 9,3% do PIB em cuidados de saúde, 84% dos quais em financiamento do NHS. A maior parte do financiamento vem da tributação geral (76% em 2006-2007), e uma proporção menor de um imposto sobre os rendimentos (18% em 2006-2007). O NHS também recebe co-pagamentos de seguradoras privadas que utilizam os serviços do NHS com pacientes particulares [41,49].

Os hospitais pertencentes ao NHS estão divididos em hospitais de carácter público, da responsabilidade do Ministério da Saúde (atualmente 102), e hospitais tipo fundação, regulados pelo Monitor (atualmente 147). Esta entidade é a reguladora económica dos prestadores públicos e privados. Além disso, é esta que decide a conversão de hospitais em fundações, monitoriza as finanças e intervém nestas se o desempenho se deteriorar significativamente. Estes hospitais tipo fundação possuem maior autonomia, têm acesso mais fácil ao financiamento de capital e são capazes de acumular superávits ou deficits, embora temporariamente [41].

Ambos os tipos de hospitais são contratados por entidades locais e são reembolsados mediante DRG estipulados a nível nacional, que incluem as despesas com pessoal médico, correspondentes a cerca de 60% do reembolso. A responsabilidade pela fixação dessas tarifas é compartilhada pelo NHS e pelo Monitor. Os orçamentos do NHS são definidos a nível nacional, normalmente em ciclos de três anos [41].

A maioria dos hospitais privados é financiada através de seguros de saúde complementares, de caráter privado e adesão voluntária, que, em 2012, abrangiam 10,9% da população. Estes hospitais estão direcionados para tratamentos eletivos, e oferecem mais facilidade e maior rapidez no acesso a tratamentos. Os fundos públicos também utilizam estes serviços privados, nomeadamente na área de saúde mental, cirurgia eletiva e alguns serviços de diagnóstico. Esta tendência tem aumentado recentemente, mas permanece baixa (cerca de 3,6% da despesa global em serviços hospitalares, em 2012-2013) [50].

Nos últimos anos, como consequência da diminuição do financiamento ao NHS e do aumento da procura por cuidados de saúde [51], os utentes enfrentaram um aumento da burocracia e das listas de espera. O racionamento foi conseguido com a restrição do acesso a tratamentos no NHS, através da exclusão de procedimentos ou de medicamentos específicos, anteriormente disponíveis [48]. Em 2012, com o intuito de alterar este paradigma e sob a nova Lei de Saúde e Assistência Social, o governo passou a permitir que até 49% do financiamento do NHS tivesse proveniência do tratamento de utentes do setor privado (anteriormente era de 2%). Estabeleceu também que, a médio prazo, todos os hospitais passariam a funcionar mediante o modelo de fundação, e encomendou sistemas de avaliação baseados nos resultados clínicos, a fim de ser adotado um modelo de pagamento que tivesse em conta a eficiência da prestação de cuidados [48,51,52].

ITÁLIA

Itália possui um sistema nacional de saúde que segue o modelo de Beveridge. Este sistema oferece cobertura a todos os cidadãos, tendo estes o direito à igualdade de acesso a serviços essenciais de saúde, que são fornecidos gratuitamente ou a custo mínimo. O governo central é o único financiador, sendo o responsável global pelo SNS e garantindo níveis uniformes e essenciais dos serviços de saúde em todos o país. Além do governo central, 20 ministérios regionais e cerca de 600 agências de saúde locais são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde [36,47].

O financiamento público foi responsável por 78% da despesa total em saúde em 2013, correspondendo a 9,1% do PIB. O financiamento é efetuado através de duas formas: através de um imposto sobre as empresas, que representou aproximadamente 35,6% do financiamento total em 2012, e através de uma percentagem das receitas fiscais nacionais, que representou cerca de 47,3% no mesmo ano. O primeiro é reunido a nível nacional e, posteriormente, alocado às regiões, normalmente à região de origem. Como existem lacunas inter-regionais no rendimento coletável, esta forma de distribuição produz desigualdades de financiamento. O segundo é arrecadado pelo governo central e redistribuído pelas regiões incapazes de recolher recursos suficientes para fornecer os níveis essenciais de cuidados. Anualmente, uma entidade define os critérios (geralmente, tamanho da população e demografia/idade) para alocar os recursos para as regiões. No entanto, estas também estão autorizadas a gerar a sua própria receita adicional, levando a mais desigualdades no financiamento inter-regional [53].

Os seguros de saúde privados foram responsáveis por apenas cerca de 1% do total de gastos em 2009. Estes desempenham um papel limitado no sistema de saúde, cobrindo serviços excluídos do SNS e oferecendo um alto padrão de conforto e privacidade nas suas instalações hospitalares [53].

Dependendo da região, os fundos públicos são afetados pelas unidades de saúde locais aos hospitais privados e públicos credenciados. Os hospitais públicos, quer sejam geridos diretamente pelas unidades de saúde locais ou por empresas públicas, operam numa lógica semi-independente [41].

Um sistema de pagamento prospetivo baseado nos DRG opera em todo o país e é responsável por grande parte da receita dos hospitais, mas geralmente não é aplicado a hospitais administrados diretamente pelas unidades de saúde locais, onde os orçamentos globais são comuns. Os DRG são definidos a nível nacional, com base em custos reais nas regiões consideradas como mais eficientes, mas, posteriormente, as regiões podem modificar os preços aplicados nos seus próprios sistemas de saúde. Consequentemente, há uma variação inter-regional considerável no sistema de pagamento prospetivo. No entanto, todas as regiões têm mecanismos para redução de preços, que funcionam quando o limite de gastos para o setor hospitalar, ou até mesmo para cada fornecedor, é atingido, a fim de conter os custos e compensar incentivos para aumentar as admissões [54].

Em todas as regiões, uma parte dos fundos é administrada fora do sistema de pagamento prospetivo, como por exemplo, o financiamento de funções específicas, tais como serviços de emergência, programas de ensino e transplantes de órgãos [41].

CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

Nos últimos anos, Portugal comprometeu-se a encetar esforços significativos para reorganizar o setor hospitalar e melhorar a qualidade dos cuidados agudos. Estes esforços, dos quais se destacam, a especialização e concentração de serviços hospitalares, a implementação de novos modelos de gestão hospitalar e sistemas de pagamento, o desenvolvimento de normas de qualidade e segurança, e o apoio ao aumento do benchmarking hospitalar, demonstram que Portugal está a evoluir em direção a um sistema hospitalar mais ágil e eficiente, o que é possível comprovar através da redução dos tempos médios de internamento, aumento das cirurgias em regime ambulatorio e redução dos tempos de espera e das taxas de readmissão. No entanto, alguns desafios permanecem, nomeadamente a redução da dependência do setor hospitalar para a prestação de determinados serviços médicos, a necessidade de implementar processos clínicos mais eficientes, uma melhor exploração da capacidade de prestação de cuidados primários e continuados de casos não-agudos fora dos hospitais, a necessidade de rever o sistema de incentivos ligados ao desempenho hospitalar e a avaliação do impacto das reformas hospitalares sobre os resultados clínicos e padrões de cuidados [34].

Embora Portugal possua bastantes dados sobre as atividades hospitalares, os incentivos financeiros ligados à qualidade dos serviços hospitalares continuam a ser relativamente reduzidos: apenas 5% da receita do hospital está relacionada com a qualidade e desempenho dos indicadores hospitalares, tais como taxas de readmissão, taxas de alta e uso de cirurgia ambulatoria. Embora este acordo previsto nos contratos-programa represente uma reforma bem sucedida para aumentar a prestação de contas e conduzir a uma melhoria da qualidade no sistema hospitalar, há espaço para um melhor pagamento associado aos resultados desejados de cuidados hospitalares. Em primeiro lugar, a proporção do valor que o hospital recebe associado à qualidade do atendimento agudo pode ser aumentada para além do nível de 5%. Em segundo lugar, poderá ser possível estender as atividades incentivadas a áreas-alvo que demonstrem mau desempenho, tais como cuidados referentes a enfartes agudos do miocárdio, complicações cirúrgicas e articulação entre o hospital e as facilidades disponibilizadas pela comunidade local no âmbito dos cuidados continuados. A vinculação dos pagamentos efetuados aos hospitais a diversos indicadores é considerada uma opção valiosa para continuar a incentivar a melhoria do sistema hospitalar [34].

Ao mesmo tempo, a estrutura de incentivos associada com o sistema de pagamento é diferente entre hospitais SPA, EPE e PPP. Os hospitais não enfrentam os mesmos incentivos financeiros para oferecerem alta qualidade dos cuidados, pois são abrangidos por processos de contratação diferentes. Os contratos dos hospitais em regime PPP são mais detalhados e mais

exigentes, com uma maior lista de indicadores para monitorar, e incluem prémios de desempenho, mas também sanções financeiras (até 5% do contrato total), aplicadas se os padrões de qualidade e os resultados de desempenho não são alcançados [34].

Um exemplo de sucesso nos Estados Unidos, e que poderia ser implementado em Portugal, é o Maryland Hospital Acquired Conditions Program. Este programa associa os pagamentos ao desempenho hospitalar num conjunto de 49 complicações hospitalares adquiridas potencialmente evitáveis. O programa implementado em 2009, e posteriormente revisto em 2014, registou melhorias nos resultados dos pacientes e dos custos, através da redução da taxa de complicações em 15%, nos dois primeiros anos de implementação. Na verdade, o uso de incentivos financeiros para dar cumprimento a normas clínicas ou diretrizes também pode ter efeito favorável sobre a adesão dos médicos à melhoria das suas práticas clínicas [15]. Em Portugal, tal iniciativa pode ter o potencial de reduzir as ineficiências nos processos clínicos.

Há também espaço para melhor utilizar a ampla infraestrutura de informação hospitalar existente, no sentido de avaliar o sucesso da atual reforma e a qualidade de cuidados agudos prestados. Poucos estudos têm sido realizados para avaliar o efeito da especialização hospitalar e o impacto dos novos modelos de gestão, apesar das autoridades governamentais centrais e regionais possuírem dados que permitem avaliações, tanto a nível central como local, e que podem conduzir a melhorias na qualidade do atendimento. A nível local, o acompanhamento e a avaliação das reformas hospitalares permitem melhores decisões relativas ao estabelecimento dos planos de 3 anos estratégicos detalhados para cada hospital. Por outro lado, a avaliação a nível central fornece informações valiosas para rever processos clínicos ou modelos de atenção, sempre que necessário. Para além disso, verifica-se uma reduzida produção de relatórios que comparem indicadores comuns, tanto do setor público como do privado, e que permitam um maior *benchmarking* entre prestadores de cuidados de saúde [34].

Atendendo às constantes modificações nos modelos de financiamento, revela-se importante garantir a estabilidade dos mesmos durante um longo período de tempo, assentando-os numa base sólida, mas que permita uma evolução consistente e gradual, de forma a corresponder às respostas fornecidas pelo mercado. É necessário o desenvolvimento de um plano estratégico que enfoque no desenvolvimento de instrumentos e ferramentas que permitam uma sólida aplicação dos mesmos, bem como na definição dos objetivos que estes pretendem alcançar, sabendo exatamente o que se pretende sinalizar e dirigindo os incentivos consoante o que é necessário para uma área demográfica com um determinado enquadramento epidemiológico [23].

É, no entanto, de realçar que, quando procuramos introduzir alguma mudança no sistema, é necessário proceder com cautela, pois os aspetos que funcionam bem não deverão ser afetados. Desta forma, é útil identificar, com bastante rigor, tanto os pontos fortes como os pontos fracos que pauteiam a prestação de cuidados de saúde, além das oportunidades disponíveis para mudança e os perigos que podem ameaçar a sua implementação. Assim, garantem-se as componentes que devem ser salvaguardadas durante a mudança, e quais devem ser alteradas, de forma a se atingir patamares de operacionalidade e eficiência mais adequados [21].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Newbrander W, Lewis E. Hospital Costing Model Manual. Health Reform and Financing Program & APHIA Financing and Sustainability Project. 1999:1.
2. Newbrander W, Barnum H, Kutzin J. Hospital Economics and Financing in Developing Countries. WHO Document WHO/SHS/NHP/92. 1992.
3. Barnum H, Kutzin S, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. International Journal of Health Planning & Management. 1995:23-45.
4. Vertrees JC. Incentivos globais e competição nos serviços de saúde. In Encontro sobre Financiamento dos Sistemas de Saúde, Lisboa, FIL, 10 e 11 de Dezembro 1998 – Actas. Lisboa: IGIF. 1998.
5. Bentes M. O financiamento dos hospitais. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. 1998.
6. Santana R. O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. 2011.
7. Bodenheimer T, Grumbach K. Reimbursing physicians and hospitals. JAMA. 1994:971-977.
8. Nunes P. Financiamento Hospitalar em Portugal - Incentivos à selecção e equidade. Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Gestão da Saúde orientada pelo Professor Doutor Julian Perelman. Escola Nacional de Saúde Pública. 2012.
9. Barros PP, Gomes J-P. Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português. GANEC - Universidade Nova de Lisboa. 2002.
10. Docteur E, Oxley H. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers. 2003:34-49.

11. McKee M, Healy J. European Observatory on Health Care Systems. Hospitals in a changing Europe. Buckingham. Philadelphia: Open University Press. 2002.
12. Torjesen DO, Byrkjeflot H. When Disease is Being Priced. The Translation of the American DRG System to the hospital sectors in Norway and Denmark. 22nd EGOS Colloquium Agder University College. 2006:7-8.
13. Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2004.
14. Schneider P. Provider Payment Reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper. 2007:10-11.
15. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. World Health Organization. 2014.
16. Nichols L, O'Malley AS. Hospital Payment Systems: Will Payers Like The Future Better Than The Past? Three possible scenarios for hospital payment in the future. Health Affairs. 2006:81-93.
17. Diniz V. A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses: O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.. Universidade de Coimbra. 2013.
18. Mantas A, Costa C, Ramos F. Financiamento hospitalar: que contributos para a equidade? O caso português. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. 1989.
19. Escoval AMS. Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa. 2003.
20. Urbano J, Bentes M, Vertrees J. Portugal: National commitment and the implementation of DRG. Kimberly J, Pouvouville G, The migration of managerial innovation, San Francisco, Jossey-Bass Publishers. 1993.

21. Portugal. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. 2011.
22. OPSS. Saúde: que rupturas?. Relatório de Primavera 2003. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. 2003.
23. Garrido M. Impacto do Financiamento na Eficiência Hospitalar. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde Faculdade de Economia da Universidade do Porto. 2012.
24. Barros PP, Simões J. Portugal – Health systems review. Health Systems in Transition. Vol. 9, N.º 5. European Observatory on Health Systems and Policies. 2007.
25. Guichard S. The reform of the health care system in Portugal. Paris: OCDE, Economic Department Working Papers no. 405. 2004.
26. Simões J, Dias A. Políticas e Governação em Saúde. 30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Almedina, Coimbra. 2010.
27. Reis C. Modelos de Gestão Hospitalar: Análise Comparativa. Universidade de Coimbra. 2011.
28. Moreira V. A nova Entidade Reguladora da Saúde em Portugal. Revista de Direito Público da Economia. 2004:103-139.
29. Reis V. Gestão em saúde: um espaço de diferença. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL. 2007.
30. Graça L. Importância da gestão em saúde [editorial]. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005:3-4.
31. Simões J. As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2004:79-90.
32. Marques A. Preços, pagadores e produção nos hospitais públicos portugueses. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2009.

33. Valente M. Contratualização em contexto hospitalar. *Contratualização nos hospitais*. 2010:25-39.
34. OECD. *Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. 2015.
35. Kulesher R, Forrestal E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*. 2014.
36. Simonet D. Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2010:470-488.
37. Saltman RB, Figueras J. *European health care reform: Analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. 1997.
38. Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998:395-401.
39. Busse R, Blümel M. Germany - Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014.
40. Hwang G. Going separate ways? The reform of health insurance funds in Germany, Japan and South Korea. *Policy Studies*. 2008:421-435.
41. Commonwealth Fund. *International Profiles Of Health Care Systems*, 2014. 2015.
42. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France - Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010.
43. Flood CM, Haugan A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health Economics, Policy and Law*. 2010:219-341.
44. Steffen M. The French health care system: liberal universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2010:353-387.

45. Wörz M, Busse R. Analysing the impact of health-care system change in the EU member states--Germany. *Health Economics*. 2005:S133-S149.
46. Zeynep Or. Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. 2014.
47. Maio V, Manzoli L. The Italian health care system: W.H.O. ranking versus public perception. *Pharmacy and Therapeutics*. 2002:301-308.
48. Klein R. Comparing the United States and United Kingdom: contrasts and correspondences. *Health Economics, Policy and Law*. 2012:385-91.
49. Boyle S. *Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies*. 2011.
50. Nuffield Trust. Into the Red? The State of the NHS' Finances. 2014
51. Mountford J, Davie C. Toward an outcomes-based health care system: a view from the United Kingdom. *Journal of the American Medical Association*. 2010: 2407-2408.
52. Business Monitor International. United Kingdom pharmaceuticals & healthcare report Q1 2014. 2013.
53. Ferré F, Belvis AGd, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy - Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014.
54. Fattore G, Torbica A. Inpatient reimbursement system in Italy: how do tariffs relate to costs? *Health Care Management Science*. 2006:251–258