

O Financiamento dos hospitais

Margarida Bentes, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

1. Introdução

As formas como são remunerados os hospitais influenciam decisivamente o seu comportamento enquanto prestadores. Dependendo da sua natureza e do contexto em que são implementadas, podem potenciar aproximações ou afastamentos de objectivos de eficiência, de equidade, de qualidade dos cuidados e de satisfação dos consumidores ⁽¹⁾.

Poderão considerar-se, basicamente, dois modelos de afectação de recursos financeiros aos hospitais: ⁽²⁾

- Modelos retrospectivos, em que a base do pagamento é a despesa verificada em anos anteriores, não havendo relação directa do financiamento nem com a produção nem com o nível de desempenho. Com algumas variantes, têm em comum a ausência de incentivos à racionalização da utilização dos recursos por parte dos prestadores, a que corresponde, do lado do pagador (normalmente um organismo central), uma filosofia de “comando e controle” relativamente aos níveis de financiamento a atribuir e à regulamentação de comportamentos considerados socialmente desejáveis.
- Modelos prospectivos, em que o pagamento se relaciona directamente com a actividade desenvolvida, sendo antecipadamente fixados preços, tipo e volume dos serviços a prestar. Caem nesta categoria, por exemplo, os métodos de pagamento ao acto, por diária de internamento e por caso, podendo coexistir ou não com mecanismos de controle do nível global de despesa, que assumem, geralmente, a forma de orçamentos globais. Ao pagamento prospectivo associa-se uma filosofia de racionalidade que incentiva os prestadores a comportamentos eficientes através do risco que lhes é imposto pelos pagadores. Efectivamente, a racionalidade nasce do risco, que surge quando o prestador se confronta com uma situação de potencial diferença entre os custos praticados e os preços estabelecidos.

O risco e, consequentemente, os incentivos para mudanças comportamentais são tanto maiores quanto mais agregada for a unidade de pagamento. Um sistema em que a unidade de pagamento seja, por exemplo, o caso, coloca o prestador perante uma maior incerteza de cobertura financeira da sua actividade do que um pagamento por cada acto prestado ⁽³⁾.

Na prática, os métodos de pagamento tendem a afastar-se dos modelos puros, para assumirem características mistas, embora com predominância de uma ou da outra filosofia. Assim, será possível encontrar modelos que combinem, por exemplo, pagamentos prospectivos por caso ou orçamentos globais com reembolso de custos para algumas áreas específicas.

2. Do reembolso das despesas ao pagamento pela produção

As modalidades de pagamento aos hospitais estão estreitamente relacionadas com o sistema de saúde em que se inserem. No caso português, o esquema de financiamento dos hospitais tem-se caracterizado, essencialmente, pela atribuição de subsídios baseados na exploração do ano anterior, tendo em conta a inflação e os acréscimos das verbas consignadas pelo Orçamento do Estado ao SNS.

Em 1981 foram dados passos muito significativos no sentido de modificar a situação através de um esquema de pagamento dos serviços efectivamente prestados pelas instituições ⁽⁴⁾. Embora representasse um melhoramento substancial, o novo sistema continha, ainda, imperfeições decorrentes, sobretudo, da definição grosseira da produção que não levava devidamente em consideração o "case-mix" de cada hospital.

A divulgação de sistemas de classificação de doentes, no início da década de 80, veio viabilizar a descrição dos produtos de um hospital em termos dos doentes internados que são semelhantes relativamente a um conjunto de características clínicas e de consumo de recursos. Os "Diagnosis Related Groups-DRGs" ⁽⁵⁾ ou Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), como viriam a ser conhecidos em Portugal, ⁽⁶⁾ surgiram, assim, como uma via de introdução do pagamento por caso no sistema hospitalar. Ao pagar-se um montante correspondente a todo o episódio de internamento e não pagamentos separados pelos serviços prestados durante esse episódio, cria-se alguma pressão para que os prestadores exerçam controle sobre os seus custos, de forma a não ultrapassarem os preços estabelecidos.

3. Os GDH como base de pagamento de serviços hospitalares

Os GDH foram introduzidos em Portugal em 1984, tendo sido iniciados em 1987 os estudos conducentes à sua utilização como base de pagamento dos hospitais do SNS ⁽⁷⁾. Embora a intenção fosse adoptar um sistema de pagamento pela produção para todos os sectores da actividade hospitalar relacionados com o tratamento dos doentes, foi dada prioridade ao internamento na sua dupla vertente de facturação a terceiros pagadores e de definição do subsídio à exploração ⁽⁸⁾.

A publicação de preços por GDH para efeitos da facturação ocorreu, pela primeira vez, em 1989, mas a sua aplicação efectiva para definição do orçamento financeiro dos hospitais só veio a efectuar-se em 1997. Genericamente, o subsídio à exploração de cada hospital passou a resultar da combinação de uma componente histórica com uma componente ajustada pela produção (GDH) e com preços diferenciados em função de cinco grupos de hospitais. Esta componente, que no orçamento de 1997 representou 10% do valor global, passou para 20% em 1998.

Da aplicação destes critérios resultam “ganhos” e “perdas” dos hospitais face ao financiamento do ano anterior, sendo os ganhos assumidos sem fixação de limites máximos e as perdas anuladas pela manutenção do valor do financiamento do ano anterior. No âmbito de cada ARS são ainda efectuados ajustamentos, dentro das disponibilidades da região consignadas para pagamento hospitalar, de forma a adequar os orçamentos genericamente definidos às realidades dos hospitais.

4. A extensão do pagamento pela produção ao ambulatório - os GDA

Numa época de adopção crescente de modalidades de tratamento ambulatório, os GDH, ao cobrirem apenas o internamento hospitalar, são um modelo de pagamento incompleto, incapaz de gerar incentivos para a prestação eficiente de cuidados, numa perspectiva global.

A tabela de facturação do ambulatório publicada na Portaria 756/96 inclui já preços para um conjunto relativamente extenso de actos de nove especialidades médico-cirúrgicas, permitindo relacionar directamente o pagamento com os serviços prestados. No entanto, trata-se, contrariamente aos GDH, de um método de pagamento ao acto, como tal gerador de incentivos à multiplicação da realização de actos conduzindo, eventualmente, à escalada das despesas.

Embora tenha sido já iniciado nalguns hospitais o uso experimental de um sistema equivalente aos GDH, para o sector ambulatório – os Grupos de Doentes de Ambulatório (GDA), a sua utilização na vertente de pagamento está ainda longe de produzir resultados práticos, nomeadamente pelas dificuldades de obtenção de dados de actividade e de custos que o sistema exige. Como fase intermédia, foram definidos preços para um conjunto de GDH na área da cirurgia de ambulatório, que será alargado à medida da experiência e da evolução da própria prática hospitalar.

5. Do pagamento prospectivo à contratualização

Existe já algum consenso entre políticos e economistas da saúde sobre as linhas gerais da reforma que se desenha em Portugal no quadro do actual SNS, quanto à forma de pagamento dos hospitais. Seguindo as tendências das reformas dos sistemas de saúde europeus durante as décadas de 80 e de 90, ⁽⁹⁾ tudo aponta para que o financiamento da saúde em Portugal se aproxime de um modelo de contrato público, ou seja, financiamento público combinado com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores que se encontram funcionalmente separados.

Comparado com o clássico SNS, o modelo de contrato público tem a vantagem de aumentar a flexibilidade do sistema de saúde e torná-lo menos orientado para o prestador e mais orientado para o consumidor.

A contratualização em si mesma não constitui, no entanto, um modelo de pagamento superior. A capacidade de gerar incentivos positivos depende, em grande parte, do esquema financeiro de contrato. Conforme se trata de um

orçamento global, de um pagamento por caso, de um pagamento por diária, ou de um pagamento ao acto serão variáveis o tipo e o grau de partilha de risco entre os pagadores e os prestadores.

A grande vantagem da contratualização está no seu potencial como instrumento de planeamento, isto é de explicitar objectivos e de os transformar em mudanças reais, promovendo o financiamento adequado para que os prestadores operem essas mudanças ⁽¹⁰⁾.

Através dos contratos, os pagadores podem estimular, por parte dos prestadores, a utilização de várias técnicas de gestão e de controle de custos. Podem, por exemplo, influenciar a passagem da prestação de cuidados de um hospital para níveis menos diferenciados, utilizando técnicas de revisão de utilização ⁽¹¹⁾ e de planeamento de altas. A certificação das admissões e as segundas opiniões cirúrgicas podem, igualmente, contribuir para aumentar a eficiência dos prestadores. Os cuidados ambulatoriais podem tornar-se alternativas financeiramente atractivas à hospitalização e podem ser reforçados os cuidados primários ⁽¹²⁾.

Para que os contratos cumpram a sua função de planeamento, é fundamental que quer os pagadores quer os prestadores, disponham de boa informação. ⁽¹³⁾ Os primeiros para poderem tomar decisões correctas sobre os serviços a contratar. Os segundos para garantirem a produção eficiente dos seus serviços. De facto, para negociarem, os pagadores têm de conhecer as necessidades da população, estabelecerem prioridades e avaliarem se as propostas dos prestadores permitem cobrir essas necessidades no contexto dos recursos disponíveis. Para os prestadores, a viabilidade económica dependerá dos preços e do volume de trabalho que conseguirem negociar.

Finalmente para executar a sua função reguladora e garantir a transparência do "mercado", o Estado necessita, também, de informação, que lhe permita avaliar e fazer comparações ao nível dos dois grupos de intervenientes.

A contratualização só resultará em aumento da eficiência técnica dos prestadores, se os preços estabelecidos levarem à racionalização de custos, sem impacto negativo na qualidade, ou seja, se forem contratados os preços adequados. Também só resultará em aumento da eficiência distributiva do sistema se a quantidade e o tipo de produtos contratados reflectirem planos de produção consistentes que respeitem as prioridades definidas na política de saúde, isto é, se forem contratados os serviços adequados ⁽¹⁴⁾.

Daqui resulta que um aspecto central da contratualização é a definição dos produtos e a determinação dos seus custos / preços.

Quanto ao primeiro aspecto, os GDH, dada a experiência acumulada, parecem ser uma forma óbvia de identificar os produtos do internamento e os GDA, ainda em fase experimental, constituirão o equivalente para o sector ambulatorio.

Quanto à determinação dos custos, a metodologia actualmente utilizada está longe de ser a ideal, fruto da inexistência de uma prática de custear a produção, num sistema paternalista totalmente protegido das regras do mercado e da concorrência. Apesar das limitações, a tabela nacional de preços dos GDH, que tem como base estimativas dos custos médios dos hospitais do

SNS, poderá constituir-se como uma referência para preços negociáveis dentro de bandas de variação.

A disponibilidade de informação sobre os produtos e os seus custos, sendo uma condição necessária não é suficiente para viabilizar a mudança que a contratualização de serviços implica. O sucesso de uma reforma não depende, apenas, da identificação dos mecanismos ideais para incentivar comportamentos socialmente correctos e economicamente racionais, mas depende também e sobretudo da capacidade prática de implementação e da existência de pré-requisitos para o sucesso.

O Despacho Normativo nº 45/97 de 8 de Agosto estabeleceu os princípios orientadores da distribuição de recursos pelos estabelecimentos de saúde, através da negociação de orçamentos-programa entre as instituições e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), fazendo participar nesse processo, também os organismos centrais. Mas como compete a um despacho normativo, fica-se por aí, ou seja pelo enunciado de princípios.

Um orçamento-programa é um acordo celebrado entre duas partes, numa perspectiva de ganhos para ambas, o que implica, também, sanções para o seu não cumprimento. Mesmo que no âmbito de um contrato público se perspectivem esquemas mais leves e flexíveis do que na negociação privada, levantam-se algumas questões práticas: até que ponto poderá uma ARS recusar contratar com um hospital por alegada má qualidade dos seus produtos? Ou pressionar diminuições dos tempos de internamento sem que existam instituições alternativas para assegurar a continuidade da prestação de cuidados? Poderá um hospital que numa determinada região se apresenta como o único prestador de determinados serviços, estabelecer preços mais elevados para o seu produto?

Na base de um contrato está, também, o risco. O orçamento de um hospital e, portanto, a sua viabilidade dependerá em grande parte dos preços e do volume de trabalho que conseguir contratualizar. O que acontece a um hospital que não conteve as suas despesas dentro do orçamento contratado? Continua a ser financiado pelo déficit? E a autonomia de gestão – que é um pressuposto essencial da base contratual do prestador – significa que os gestores para serem responsabilizados pelos resultados, podem gerir flexivelmente os seus recursos inclusive os humanos? Finalmente, quais as consequências para uma ARS que não dispõe de recursos suficientes para cumprir o contrato porque, por hipótese, esgotou o seu orçamento antes do final do ano económico?

Estas são algumas questões que estarão longe de poderem ser cabalmente respondidas, não obstante as perspectivas que se desenham quanto ao novo estatuto jurídico dos hospitais e ao reforço da sua autonomia e responsabilização.

Os passos da mudança têm de ser graduais mas seguros, ancorando etapas, para que o “processo progressivo, dinâmico e sustentado” que define uma reforma resulte de facto numa “mudança estrutural” (WHO 96)⁽¹⁵⁾. Sendo a contratualização de serviços um processo de negociação complexo, a sua implementação como método de financiamento deverá ser faseada, a partir de um conjunto limitado de instituições, que seja progressivamente alargado. A transição deverá ser assegurada pelo aperfeiçoamento dos actuais critérios de financiamento, nomeadamente:

- Reforço da componente de produção no orçamento global, aumentando a participação percentual dos GDH, quer para o internamento quer no que se refere à cirurgia de ambulatório e introduzindo elementos discriminativos da produção no restante ambulatório (número de consultas, urgências, sessões de hospital de dia, etc.).
- Utilização dos GDA, logo que possível, o que permitirá introduzir uma nova dimensão na definição dos produtos do ambulatório.
- Aumento da transparência do modelo de financiamento, quer para as ARS, quer para os próprios hospitais, fazendo acompanhar a definição dos montantes financeiros, de informação detalhada sobre o seu cálculo, que promova a discussão entre quem paga e quem é remunerado.
- Reforço da auditoria como fonte de informação para a avaliação da qualidade, devendo evoluir da actual "grelha de classificação da qualidade dos dados", para uma avaliação mais compreensiva, incluindo sobretudo indicadores da qualidade dos cuidados prestados.
- Alargamento progressivo da contratualização das ARS com os hospitais, iniciando-se o processo com hospitais de pequena ou média dimensão que tenham uma organização interna bem estruturada e com sistema de informação consolidado. A negociação com estes hospitais deverá centrar-se não apenas em projectos específicos mas deverá ter carácter global, negociando aspectos ligados ao controlo de custos, alterações organizativas e aumentos de produção em áreas prioritárias.
- Melhoramento da produção de indicadores de desempenho e de qualidade para monitorização da execução dos contratos (são exemplo, entre outros, o índice de case-mix, a demora média esperada, os doentes excepcionais, o número de admissões e de dias inapropriados, a taxa de readmissões em GDH cirúrgicos, a taxa em mortalidade em GDH determinados e as taxas de complicações) ⁽¹⁶⁾.

6. Conclusão

Portugal encontra-se actualmente num processo de mudança do seu sistema de saúde, em que o financiamento hospitalar é apenas um dos aspectos relevantes.

Do consenso já conseguido ressaltam como princípios enquadradores, a separação funcional entre pagadores e prestadores, a introdução de mecanismos de concorrência regulada pelo Estado entre prestadores (já que quanto à concorrência entre pagadores o consenso não existe) e a identificação de necessidades da população como base de um modelo capitolacional de financiamento das regiões.

O pagamento aos hospitais deverá ter um carácter prospectivo sob a forma de orçamentos globais, tendo como principal unidade de pagamento o caso, operacionalizável através de sistemas de medição do "case-mix" como os GDH e os GDA. A fixação de subsídios à exploração deverá evoluir gradualmente para esquemas mais flexíveis e dinâmicos em que se definem o tipo, a quantidade e a qualidade dos cuidados e serviços a prestar, de acordo com tabelas de preços de referência, negociáveis dentro de bandas de variação.

É necessário investir em métodos mais rigorosos de determinação dos custos, não só dos relacionados com o tratamento dos doentes, mas também das componentes não produtivas, como o ensino e a investigação que dificilmente se enquadrarão em esquemas competitivos e cujo financiamento deverá ser objecto de regras específicas.

A acreditação e a certificação prévia de hospitais e de serviços, a utilização de mecanismos de monitorização como é o caso da revisão de utilização e ainda de indicadores de desempenho, de qualidade e de satisfação dos consumidores, constituem também requisitos básicos para que a introdução de regras de mercado ou de quasi-mercado no nosso sistema de saúde não transforme os "ventos de destruição criativa" como Shumpeter ⁽¹⁷⁾ qualificou os efeitos dos mercados competitivos, em meras brisas de criação destrutiva.

Lisboa, 21 de Maio de 1998

Referências Bibliográficas

- (1) - Barrum, Hi Kutrin, J. e Saxenian, H. – “Incentives and Provider Payment Methods”, International Journal of Health Planning and Management, Vol 10, pág. 23 – 45, 1995
- (2) - CRES – “Recomendações para uma Reforma Estrutural”
Resolução do Conselho de Ministros nº 13/96 de 24 de Janeiro, 1998
- (3) - Vertrees, J. e Manton, K “ – Using Case-mix for Resource Allocation “, in Diagnosis Related Groups in Europe, Uses and Perspectives, pág. 155 – 172, Springer – Verlag, 1993
- (4) - Mantas, A et al – “Financiamento Hospitalar: Implementação de Critérios”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, nº 2, Abril / Junho 1985, pág. 12 – 26
- (5) - Fetter, Robert B. – “DRG-Their Design and Development”; Health Administratin Press, Ann Arbor, Michigan 1991
- (6) - Urbano J. e Bentes M. – “Definição da Produção do Hospital: os Grupos de Diagnósticos Homogénios”, Revista Portuguesa de Saúde Pública”, Escola Nacional de Saúde Pública, nº1/90, vol. 8.
- (7) - SIGSS, Ministério da Saúde – “O Novo Sistema de Financiamento dos Hospitais”, documento de trabalho, Fevereiro, 1990
- (8) - Bentes, M. Gonsalves, ML; Tranquada S. e Urbano J. “A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar”, Revista de Gestão Hospitalar, nº 33, pág. 33 – 42, Dez/96 – Jan/97
- (9) - OCDE, - “The reform of Health Care Systems – A Review of Seventeen OECD countries”, Health Policy Studies nº 5, OCDE, Paris, 1994.
- (10) - Cairns, J. – “Contracts: Problems and Prospects” Health Policy, 25. Pág. 127 – 140, 1993
- (11) - Bentes, M et al – “Design and Developement of a Utilization Review Program in Portugal”, International Journal of Quality in Health Care, Vol 7, nº 3, 1995 pág. 201 – 212
- (12) - Van de Vem, W. – “Market – Oriented hleath Care Reforms: trends and future options”, Soc. Sci Med, Vol 43 nº 5 pág 665 – 666, 1996.
- (13) - Bates, T – “Case-mix Grouping for Standard GP Fundholding”, comunicação apresentada na 12º PCS/E Working Conference, 19 – 21 de Setembro Sydney Australia, 1996

- (14) - Figueras, J., Roberts, J. e Sanderson, C. – “Contracting, Planning, Competition and Efficiency”, in “Managerial Issues in the Reformed NHS”, John Wiley and Sons Ltd, 1993
- (15) - Pereira, J. et al “Health Care Reform and Cost Containment in Portugal”, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Doc. De trabalho 2/97
- (16) - Bentes, M, Valente, M.C; Mateus, C e Esteves, S – “Feedback and Audit: ingredients for quality improvement”, comunicação apresentada na 13ª PCS/E Working Conference, 1 – 3 Outubro, Florença, Itália, 1997
- (17) - Shumpeter, J. – “ Capitalism, Socialism and Democracy” citado em Stone, A, “Public Policy”, Princeton University Press, pág 46, 1991.