



Tribunal de Contas



Auditoria de Gestão
HDS-HNSR-HSS

Relatório Global

= Análise Comparativa =

Relatório n.º 47 /03
Processo n.º 03/02-Audit



61

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	3
GLOSSÁRIO	4
RELAÇÃO DE SIGLAS	7
1. - SUMÁRIO	9
1.1 – ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA	9
1.2 – METODOLOGIA	10
1.3.– CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES.....	11
1.4 – ESTRUTURA DO RELATÓRIO.....	12
2. – AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	12
3. – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	13
3.1 – CONCLUSÕES	13
3.2 – RECOMENDAÇÕES.....	17
4 – OBJECTIVOS DEFINIDOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	18
4.1 - AS GRANDES OPÇÕES DO PLANO	18
4.2 – A CONTRATUALIZAÇÃO – ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE VS. HOSPITAIS	18
4.3 – CONTRATO E ORÇAMENTO-PROGRAMA.....	20
5. – PRINCIPAIS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR	24
5.1 –ENQUADRAMENTO GERAL.....	24
5.2 – AS EXPERIÊNCIAS RECENTES NO SECTOR HOSPITALAR PORTUGUÊS	25
5.3 – BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS AUDITADOS E COMPARAÇÃO DOS SEUS MODELOS DE GESTÃO	27
6. – EFICIÊNCIA DA GESTÃO E ADEQUAÇÃO DA OFERTA À PROCURA	28
6.1 – RESULTADOS QUANTITATIVOS	28
6.1.1 – <i>Perspectiva Global</i>	28
6.1.2 – <i>Avaliação dos Resultados obtidos no triénio (1999-2001)</i>	34
6.2 – COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM PADRÕES DE REFERÊNCIA EUROPEUS: ESPANHA E REINO UNIDO.....	45
6.3 – RESULTADOS QUALITATIVOS	48
6.3.1 – <i>Indicadores Técnicos de Qualidade</i>	48
6.3.2 – <i>Grau de Satisfação do Utente</i>	55
6.3.3. – <i>Comissões de Acompanhamento e Controlo de Qualidade</i>	57
6.4 – ANÁLISE COMPARATIVA DOS RECURSOS HUMANOS E DOS REGIMES CONTRATUAIS E REMUNERATÓRIOS.....	57
6.5 – PRODUTOS FARMACÊUTICOS E MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO	60
6.5.1 – <i>Custos com Produtos Farmacêuticos e Material Consumo Clínico</i>	60
6.5.2 – <i>Controlo de Consumos de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico</i>	61
6.5.3 – <i>Medicamentos Cedidos Gratuitamente</i>	62
7. – OS SISTEMAS DE FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	64
8. – ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA	67
8.1 – RECURSOS FINANCEIROS	67



Tribunal de Contas

01

8.2 – RECEITAS E DESPESAS	68
8.3 – PROVEITOS E CUSTOS	69
8.4 – DÍVIDA ACUMULADA E DÉFICE	71
9. – REFERÊNCIAS FINAIS.....	74
9.1 – MEDIDAS ADOPTADAS	74
9.2 - EMOLUMENTOS	74
10 – DETERMINAÇÕES FINAIS.....	74

Apenso



FICHA TÉCNICA

Relatório Global da auditoria de gestão aos Hospitais HDS - HNSR - HSS

	Nome	Categoria/ Departamento Auditoria	Qualificação Académica
<i>Coordenação Geral</i>	Ana Maria Bento	Auditora - Coordenadora – DA - VI	Licenciada em Direito
	Maria Isabel Viegas	Auditora - Chefe – DA - VI	Licenciada em Organização e Gestão de Empresas
<i>Audidores da DGTC</i>	Ana Bravo de Campos	Auditora – DA - VI	Licenciada em Direito
	Ana Isabel Carreiro	Técnica Verificadora Superior 1ªCL – DA - VI	Licenciada em Organização e Gestão de Empresas

<i>Consultor</i>	Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa-Professor Pedro Pita Barros	Doutor em Economia da Saúde
------------------	--	-----------------------------



GLOSSÁRIO

Acreditação – Reconhecimento por entidade externa e independente de um conjunto de exigências predefinidas.

Centros de Responsabilidade Integrados – Estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneas e/ou afins.*

Cirurgia Programada ou Electiva – Cirurgia efectuada com data de realização previamente marcada.*

Cirurgia Urgente – Cirurgia efectuada, sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.*

Contabilidade Analítica – Peça fundamental na análise do desempenho de uma organização, que reflecte o nível de consumo de recursos, a eficiência na sua utilização, permitindo um estudo retrospectivo da gestão das unidades e sustentando planos de acção com vista a eventuais medidas correctivas.

Cuidados de Saúde – Prestação por profissional de saúde, consistindo em avaliação, manutenção, terapia, reeducação, promoção da saúde, prevenção dos problemas de saúde e todas as actividades com ela relacionadas, para manter ou melhorar o estado de saúde.*

Consulta médica – Acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.*

Consulta Subsequente - Consulta médica, em Hospitais, que deriva da primeira, para verificação da evolução do estado do doente, administração terapêutica ou preventiva.*

Défice (Financeiro) Acumulado – (Défice (Financeiro) do Exercício) + (Défice(Financeiro) dos anos anteriores).

Défice (Económico) no Exercício – (Receita Total do exercício + Receita total dos anos anteriores) – (Despesa total do exercício + Despesa total de anos anteriores (Fluxo económico)).

Défice (Financeiro) do Exercício – (Receita Cobrada do Exercício) – (Despesa total do Exercício).

Défice (Económico) Total – (Défice (Económico) no Exercício) + (Despesas não relevada na contabilidade).

Défice (Financeiro) Total – (Défice (Financeiro) Acumulado)+ (Despesa paga com verbas transferidas da DGT no âmbito do processo de “regularização de responsabilidades”) + (Despesa não relevada na contabilidade).

Demora Média – Expressa o número médio de dias de internamento hospitalar por doente saído num período de tempo. É dada pela razão entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total dos doentes saídos.

Dias de Internamento – Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, exceptuando-

* Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde da Direcção - Geral da Saúde.



se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde (nesta contagem não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência).*

Doentes saídos do Internamento – Total anual de doentes que deixaram de permanecer no respectivo serviço de acordo com as seguintes situações: alta ou transferência para outro hospital e óbito.*

Doentes Socorridos – Número de doentes submetidos a observação médica no serviço de urgência classificados segundo o seu destino (alta, observação no SO, transferência para internamento, referenciação para outro hospital e óbito).*

Frequência Hospitalar - Permilagem da população abrangida pelo hospital que saiu do internamento, num determinado período. É dada pela razão entre o número de doentes saídos do internamento (multiplicado por mil) com o total da população abrangida pelo hospital.

Grau de Eficiência – Medida de eficiência.

Grupo de Diagnóstico Homogéneo – Sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.

Hospital – Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

Índice de Case – Mix (ICM) – Consiste no coeficiente global de ponderação da produção, reflectindo a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos humanos, técnicos e financeiros.

Este índice determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos dos respectivos GDH e o número de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional que é, por definição igual a 1.

O número de doentes equivalentes é o total de episódios de internamento que se obtém após a transformação dos dias de internamento dos episódios excepcionais e dos doentes transferidos de cada GDH, em conjunto “equivalentes”, ao tempo médio de internamento dos episódios “normais” do respectivo GDH.

Assim, o ICM de cada hospital afastar-se-á para mais ou para menos do valor de referência, conforme o hospital trate de uma proporção maior ou menor de GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional.

Intervenção Cirúrgica / Cirurgia – Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorregional ou local, com ou sem presença de anestesista.*

Lista de espera – Numero de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial. *

Lotação Praticada – Número de camas (incluindo berços de neonatologia e pediatria) disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, contadas num serviço de saúde. *

* Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde da Direcção - Geral da Saúde.



Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – Exames ou tratamentos classificados por áreas de produção (e discriminados por serviços requisitantes, nomeadamente: internamento, consulta, urgência e exterior) que fornecem resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico ou prestam cuidados curativos após diagnóstico ou prescrição terapêutica. *

Primeira Consulta – Consulta médica, em hospitais, em que o utente é examinado pela primeira vez numa especialidade e referente a um episódio de doença. *

SAP – Serviço dos Centros de Saúde destinado ao atendimento, aos utentes em situação de urgência e ao seu encaminhamento para os cuidados de saúde secundários, quando necessário. *

Taxa de Ocupação – É dada pela razão entre o número de dias de internamento do período (1 de Janeiro a 31 de Dez.) e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicada por 365 dias.

“Overbooking” – marcação de consultas em excesso face ao número de consultas considerado realizável.

Serviço de Urgência – Unidade orgânica de um Hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite. *

Valência – Conjunto de meios humanos e físicos, que permite a aplicação de saberes específicos em medicina.*

Valor médio – Valor abstracto cujo cálculo têm por fim obter um número representativo em função de todos os elementos de uma série. A média aritmética de uma série de n termos, é o quociente da sua soma pelo número dos termos.

Valor mediano – Termo estatístico que designa o valor central de uma série. A mediana de uma série estatística é o valor do atributo, tal que o número de observações que lhe é inferior ou superior seja igual.

* Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde da Direcção - Geral da Saúde.



RELAÇÃO DE SIGLAS

SIGLAS	DESIGNAÇÃO
ACSS	Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BO	Bloco Operatório
CA	Conselho de Administração
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
EU	União Europeia
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
DR	Diário da República
FSE	Fundo Social Europeu
GCD	Grandes Categorias de Diagnóstico
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
GOP	Grandes Opções do Plano
HFF	Hospital Fernando da Fonseca
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
HDS	Hospital Distrital de Santarém
HIV	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HNSR	Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro
HSS	Hospital de São Sebastião
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFF	Mapa de Fluxos Financeiros
MS	Ministério da Saúde
OE	Orçamento do Estado



01

SIGLAS	DESIGNAÇÃO
OP	Orçamento Programa
ORL	Otorrinolaringologia
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PERLE	Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera
PIDDAC	Plano de Investimento e Desenvolvimento da Administração Central
PNAI	Plano Nacional de Acção para a Inclusão
PNCI	Programa Nacional de Controlo de Infecção
POS	Programa Operacional de Saúde
PPA	Programa para a Promoção do Acesso
PQIP	Portuguese Quality Indicator Project
RCM	Resolução de Conselho de Ministros
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SLM	Sistema Local de Matosinhos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Serviço de Observação



1. - SUMÁRIO

1.1 – Âmbito e Objectivos da Auditoria

Com o objectivo de avaliar os resultados qualitativos e quantitativos do desempenho dos Hospitais Distrital de Santarém (HDS), Nossa Senhora do Rosário – Barreiro (HNSR) e de São Sebastião – Feira (HSS), por comparação com indicadores padrão nacionais e internacionais, foram realizadas três auditorias de gestão aos hospitais antes identificados em conformidade com o Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas para 2002, de acordo com os critérios orientadores de selecção definidos pelo Tribunal.

A auditoria realizada em cada um dos hospitais foi objecto de um relatório autónomo, apresentando-se no presente relatório a análise comparativa das três unidades hospitalares, utilizando o mesmo modelo de avaliação aplicado ao estudo de cada uma das unidades, isto é, são utilizados os mesmos indicadores e utilizados os trabalhos sectoriais.

O trabalho foi desenvolvido por equipas multidisciplinares, com formação académica e profissional nas áreas de economia, de gestão e jurídica contando, ainda, com a colaboração da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, como consultor externo.

Objectivos Gerais

- *Avaliação da eficácia e da eficiência do desempenho da actividade hospitalar nas áreas e valências seleccionadas.
Comparação dos resultados obtidos ao nível da produção, produtividade e qualidade, com padrões de referência nacionais e europeus;*
- *Diagnóstico e avaliação de um modelo de gestão hospitalar tradicional (em dois hospitais públicos) e de um modelo de gestão tipo empresarial (utilizado num hospital público) e respectiva análise comparativa.*

Objectivos Operacionais

- ◆ *Análise da prossecução dos objectivos definidos em termos da política nacional de saúde.*
- ◆ *Análise da estrutura organizacional e do relacionamento do hospital com o seu meio envolvente.*
- ◆ *Análise dos sistemas de planeamento/orçamentação, de controlo interno e da situação económico-financeira.*
- ◆ *Avaliação da prossecução dos objectivos fixados nas áreas e valências seleccionadas.*
- ◆ *Avaliação da eficiência da aplicação dos recursos financeiros e humanos utilizados na actividade assistencial (produção e produtividade), nas áreas e valências seleccionadas.*



- ◆ *Verificação da existência de meios adequados de oferta dos serviços assistenciais face à procura de cuidados de saúde pela população abrangida pelo hospital.*
- ◆ *Avaliação de aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde prestados.*
- ◆ *Caracterização e comparação do modelo de gestão hospitalar tradicional e do modelo de gestão tipo empresarial.*

1.2 – Metodologia

Considerando o âmbito e os objectivos definidos para a presente auditoria, esta foi realizada em duas fases:

- Numa primeira fase, foi solicitada aos hospitais informação de suporte para a análise económica e financeira, dos anos de 1999 a 2001, os Relatórios de Actividades/Gestão, bem como elementos de Contabilidade Analítica, tendo permitido efectuar uma avaliação preliminar do desempenho.

Para a avaliação da eficiência da aplicação dos recursos financeiros e humanos utilizados pelos hospitais na actividade assistencial, nas áreas de Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica, e de algumas especialidades¹ comuns aos três hospitais dentro destas áreas, foram definidos e tratados um conjunto de indicadores de produção e produtividade².

Procedeu-se, ainda, à análise e tratamento de indicadores de produção e de produtividade³ produzidos pelo IGIF, de forma a definir indicadores nacionais de actividade e de produtividade para efeitos de avaliação da eficiência nas áreas e valências seleccionadas.

Foi igualmente analisada informação obtida junto das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde do Centro e de Lisboa, respeitante à contratualização e ao acompanhamento da execução dos orçamentos e contratos programas⁴ dos anos de 1999 a 2001 e, também, dados estatísticos facultados pelo INE.

Foram elaborados inquéritos para as áreas da Consulta Externa, Internamento e Urgência para avaliação da satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde prestados.

¹ Na Consulta Externa foram seleccionadas as especialidades de cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, otorrino e ortopedia; no Internamento: cirurgia geral, medicina interna e ortopedia; na Actividade Cirúrgica: cirurgia geral e ortopedia.

² Conforme o Programa de Trabalhos aprovado.

³ Informação de “Retorno” dos anos de 1999 a 2001, dos três hospitais.

⁴ Apesar de se encontrarem definidos os indicadores para a análise dos orçamentos-programa (que apoiam a decisão no processo de negociação) e os indicadores para o acompanhamento da execução (que servem para medir os desvios relativamente aos objectivos e auxiliar na aplicação das medidas correctivas), a informação obtida junto da Agência de Contratualização de Lisboa mostrou-se insuficiente (em 1999 e 2000) e mesmo nula (em 2001), condicionando uma análise comparativa entre os hospitais do Barreiro e Santarém com os hospitais do Grupo onde estão inseridos.



Ainda, para efeitos de uma análise comparativa, foram utilizados alguns indicadores da rede de saúde pública espanhola INSALUD⁵ e do Reino Unido⁶.

Esta primeira fase permitiu uma avaliação preliminar dos hospitais e a obtenção da informação necessária para o desenvolvimento da análise comparativa dos hospitais de referência com padrões nacionais.

- Na segunda fase, a de Execução, foi desenvolvido o trabalho de campo que consistiu fundamentalmente em:
 - * Recolha de informação respeitante à estrutura organizativa, à actividade desenvolvida pelas instituições e aos meios disponíveis;
 - * Levantamento dos procedimentos existentes nas áreas seleccionadas com vista à análise da qualidade dos serviços prestados e das reclamações apresentadas por estes, através do Gabinete do Utente, bem como o seu tratamento e encaminhamento;
 - * Realização e análise de inquéritos (via postal), enviados a uma amostra seleccionada de utentes, com o objectivo de conhecer a avaliação da qualidade dos serviços recebidos;
 - * Realização de testes aos procedimentos de controlo instituídos, aos sistemas de informação e às medidas implementadas em cada uma das áreas seleccionadas – Consulta Externa, Internamento e Urgência; testes substantivos ao controlo de consumo de medicamentos e de material de consumo clínico nos serviços de apoio à actividade clínica e ao apuramento do tempo de espera para marcação de consulta e de realização de cirurgia.

Na realização da auditoria foram observados os procedimentos gerais internacionalmente aceites e acolhidos no Manual de Auditoria e Procedimentos do Tribunal de Contas, bem como os procedimentos específicos justificados pela natureza da mesma, os quais são evidenciados ao longo do relatório.

1.3 – Condicionantes e Limitações

Nos Hospitais da Feira e Santarém, não se observaram quaisquer situações condicionantes ou limitações ao normal desenvolvimento das auditorias. Os elementos e esclarecimentos solicitados foram facultados e fornecidos em tempo útil, tendo os Serviços envolvidos demonstrado a melhor colaboração possível. No HNSR, apesar da colaboração prestada pelos dirigentes, responsáveis e respectivos funcionários, ocorreu alguma demora na entrega de documentação, quer na fase de planeamento, quer na fase de execução, o que condicionou o desenvolvimento normal do trabalho.

⁵ A análise comparativa recaiu nas áreas de Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica.

⁶ A análise comparativa recaiu nas áreas de Urgência (doentes socorridos por dia) e no Internamento (Demora média; doentes saídos por cama e lotação). Os valores obtidos nestes quatro indicadores, baseiam-se em 31 hospitais, com um número de camas entre as 200 e as 450, para considerar unicamente hospitais de dimensão semelhante.



De referir, ainda, que a análise comparativa dos hospitais portugueses com hospitais europeus ficou condicionada e limitada devido à não obtenção de um padrão de referência da melhor prática hospitalar por dificuldades na harmonização de conceitos estatísticos entre países e ao facto de não existir, actualmente, a nível internacional, qualquer comparação sistemática e de base estatística sólida e alargada de eficiência hospitalar entre países.⁷

1.4 – Estrutura do Relatório

O presente Relatório comparativo integra informação e conclusões dos relatórios parcelares dos três hospitais auditados, bem como, as principais conclusões do relatório do consultor externo, constante do apenso.

Relatório do Hospital de São Sebastião – Feira.

Relatório do Hospital Distrital de Santarém.

Relatório do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro.

Apenso – *“Os Sistemas Nacionais de Saúde de União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”*.

2. – AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Para efeito do exercício do contraditório e de harmonia com o disposto nos arts.º 13º e 87º n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, o relato de auditoria foi enviado ao Ministro da Saúde e aos Presidentes do Conselho de Administração das Administrações Regionais de Lisboa e Vale do Tejo e do Centro.

As alegações dos Conselhos de Administração dos Hospitais Auditados constam, na íntegra, em anexo aos respectivos relatórios parcelares, tendo sido integrados, em síntese e quando relevantes, no respectivo texto.

Assim, o presente relatório global dá conta das alegações da ARSLVT que, de um modo geral, reconhece o funcionamento deficiente, no período auditado, da Agência de Contratualização de Lisboa e Vale do Tejo. Contudo, evidencia os esforços do actual CA em pôr a funcionar a Agência de Contratualização, destacando a actividade desenvolvida ao nível do acompanhamento da execução dos OP dos Centros de Saúde e dos Hospitais para 2003. Realça, ainda, o interesse da presente auditoria quer pelo âmbito (...”substitui o aspecto da verificação da formalidade, centrando-se na substância da actividade hospitalar”) quer pela qualidade das análises. As alegações, em síntese, constam dos pontos próprios deste relatório.

⁷ Vide Relatório do Consultor Externo “Os Sistemas Nacionais de Saúde de União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”, em Apenso.



3. – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

3.1 – Conclusões

▶ *Objectivos Definidos no âmbito da Política Nacional*

■ Nas medidas de política de saúde elencadas nas Grandes Opções do Plano, de 1999 e 2000, não foram definidas prioridades. Nas GOP de 2001, para além da estratégia global, são já definidas intervenções prioritárias.

■ Nos objectivos fixados nos orçamentos-programa do HDS e HNSR e no contrato-programa do HSS, existe uma correlação com as linhas de intervenção da política nacional de saúde definidas nos Programas de Governo e nas GOP.

■ O processo de contratualização (negociação, acompanhamento e avaliação da execução), da responsabilidade da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através da respectiva Agência de Contratualização dos Serviço de Saúde, não teve, ao longo do triénio 1999/2001, uma prestação uniforme e constante, contrariamente à Administração Regional de Saúde do Centro.

■ A ARSC, através da respectiva Agência de Contratualização, desempenhou as suas funções de negociar e acompanhar a execução e avaliação do contrato-programa do HSS; por sua vez, a ARSLVT através da sua Agência, não exerceu as funções que lhe foram atribuídas, não tendo cumprido uma das suas principais missões: “participar na avaliação dos ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos”.

▶ *Prossecação dos Objectivos Fixados - Eficácia*

■ O HSS não alcançou as metas programadas em 1999; em 2000 ficou próximo das metas previstas tendo atingido em 2001, genericamente, os objectivos programados. O HDS e o HNSR registaram, ao longo dos três anos, desvios significativos entre o programado e o realizado, tendo na globalidade ficado aquém do previsto.

■ A divulgação pública do Relatório de Gestão (através da Internet), é feita apenas pelo HSS, garantindo, assim, o direito à informação por parte do cidadão/contribuinte.

▶ *Comparação entre os Modelos de Gestão Tradicional e de tipo Empresarial*

■ As diferenças entre o modelo tradicional de gestão (HDS e do HNSR), no período analisado, e o modelo de gestão de tipo empresarial (HSS), em que são permitidas algumas regras de gestão privada, manifestam-se, essencialmente (no último):

- Na contratação (contratos individuais de trabalho);
- Na organização interna (existência de quatro Centros de Responsabilidade/centros de custos, onde se inserem os serviços);
- No aprovisionamento (normas de direito privado para a contratação de bens e serviços);



- Na existência de prémios (incentivos financeiros) baseados na avaliação do desempenho.

► Eficiência da Gestão

■ Uma análise comparativa de eficiência económico - financeira a nível nacional mostra que o HSS surge como um dos hospitais eficientes. A mesma análise evidencia que os Hospitais de Santarém e do Barreiro, deveriam ter produzido mais com os recursos despendidos.

■ Relativamente aos custos associados às áreas seleccionadas, registou-se o seguinte:

- Custo por doente socorrido – o HDS e o HNSR, apresentam custos manifestamente superiores, na ordem dos 159% e 230%, respectivamente, ao HSS;
- Custo por consulta – o HSS é o único que apresenta decréscimos ao longo do triénio (19,3%). No HNSR verifica-se um decréscimo de 7, 2%, mas apenas em 2001, tendo havido um aumento do custo, entre 1999 e 2000, em cerca de 26,5%. No HDS, o custo aumentou, entre 1999 e 2001, em 41,3%.
- Custo unitário por doente saído – houve um aumento, ao longo do triénio, nos três hospitais, sendo esse aumento mais acentuado no HNSR;
- Custo por intervenção – no HSS o custo por intervenção decresceu, no triénio, em 26,4% e 2,6%, respectivamente. O HNSR assinalou, no mesmo período, um aumento de 18,6%.

■ Da análise comparativa entre, o HDS, o HNSR, o HSS e os hospitais da rede pública espanhola INSALUD - Grupo 2⁸ e do Reino Unido⁹, conclui-se que¹⁰:

- Em qualquer um dos três hospitais portugueses existe um maior volume de urgências do que na média nos hospitais do INSALUD - Grupo 2 e do Reino Unido;
- Nos hospitais portugueses a importância relativa das consultas, em termos de actividade, é menor face aos hospitais do sistema INSALUD;
- No internamento, a demora média do HDS e do HNSR aproxima-se da média do Grupo 2, mas é superior à dos hospitais do Reino Unido. No HSS o valor é substancialmente inferior quer comparado com os hospitais portugueses quer com os espanhóis e os do Reino Unido;
- A taxa de ocupação é sensivelmente a mesma nos hospitais portugueses, mas consistentemente mais elevada em Espanha;
- Na actividade cirúrgica, o HSS surge com os melhores indicadores de produtividade, sobrepondo-se claramente aos restantes hospitais (auditados e do Grupo 2), aproximando-se o HDS e o HNSR dos hospitais espanhóis.

■ Somente o HNSR assinalou um decréscimo na produtividade normal, com contrapartida num aumento da actividade do PPA e das listas de espera, o que subverte o princípio patente

⁸ O sistema espanhol INSALUD considera cinco grupos de hospitais. O Grupo 2, que inclui os hospitais gerais de área, é o que mais se aproxima dos hospitais distritais portugueses.

⁹ Os resultados basearam-se em 31 hospitais de dimensão semelhante à dos hospitais portugueses analisados.

¹⁰ Vide Relatório do Consultor Externo “Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”. – Apenso.



nos programas de recuperação das listas de espera que não devem substituir-se ou serem impositivos de uma produtividade normal e programada dos serviços.

■ O peso mais significativo de cirurgias realizadas ao abrigo do PPA, face à actividade normal, foi registado no HDS.

▶ *Adequação da Oferta à Procura*

■ Da comparação da percentagem de doentes transferidos da Urgência para outros hospitais face ao total de doentes socorridos, conclui-se que, em 2001, o HDS foi o que apresentou a menor percentagem, com 0,73 %, seguido pelo HSS, com 1,15% e pelo HNSR, com 1,76%.

▶ *Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados*

■ Da avaliação global dos três hospitais no que respeita à qualidade dos cuidados de saúde prestados, conclui-se que:

- Nos indicadores de qualidade, é o HSS que apresenta melhor desempenho, estando também em geral acima da média do grupo ou nacional;
- No tipo de reclamações, a maior percentagem, em qualquer dos três hospitais, recai na “organização e gestão”;
- O serviço que apresenta um número mais elevado de reclamações é a “Urgência”, com destaque para o HNSR;
- O grupo profissional mais abrangido pelas reclamações é, no HSS, o pessoal médico, enquanto no HDS e no HNSR é o pessoal dirigente;
- Quanto ao grau de satisfação do utentes nas áreas objecto de selecção o HSS é avaliado com um grau de satisfação superior aos restantes.

▶ *Recursos Humanos e Regimes Remuneratórios*

■ O número de médicos por habitante (3,2 por mil) existente em Portugal encontra-se dentro dos valores europeus (3,4 por mil), contrariamente ao pessoal de enfermagem, em que se denota alguma carência, tendo em conta que existem em Portugal cerca de 3,8 enfermeiros por cada mil habitantes, significativamente abaixo da média europeia, de 7,5 por mil¹¹.

■ A fixação anual de uma dotação de pessoal prevista no contrato-programa, através da negociação entre a ARSC e o HSS, mostrou-se propiciadora de uma melhor gestão dos recursos, comparativamente com a dotação global de pessoal (quadro de pessoal) fixada nas Portarias dos hospitais de Santarém e do Barreiro, porque permitiu ajustar a contratação de acordo com as necessidades do hospital.

■ A avaliação mensal do desempenho dos profissionais (utilizando indicadores de rentabilidade, efectividade, eficiência e satisfação) no HSS, e a atribuição de incentivos

¹¹ Fonte: OECD Health Data 2002.



traduzidos em prémios de produtividade mensais e bolsas de investigação anuais, potenciou ganhos de eficiência.

■ O HSS regista o menor peso das despesas com pessoal relativamente ao subsídio de exploração (65%), seguindo-se o HDS (89%) e o HNSR (90%).

▶ *Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico*

■ Nos três hospitais, os custos com “*Produtos Farmacêuticos*” e com “*Material de Consumo Clínico*” atingiram mais de 90% do total dos “*Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas*”. O aumento da rubrica “*Produtos Farmacêuticos*” deveu-se aos medicamentos, com um peso de cerca de 80% do total dos produtos.

■ As formas de distribuição de medicamentos existentes no HSS, associadas às auditorias que o hospital promove de controlo de medicamentos e ao método utilizado na distribuição do material de consumo clínico, contribuem para que exista uma gestão racional dos produtos e um controlo efectivo do material.

■ No HDS a ruptura de stocks no material de consumo clínico é consequência de um controlo deficitário e da ausência de informação actualizada dos movimentos da Farmácia. Situação idêntica ocorre no HNSR.

▶ *Situação Económico-Financeira*

■ O financiamento do SNS caracteriza-se por ser suportado, essencialmente, pelo OE e por a distribuição dos meios financeiros pelas instituições ser definida, na sua quase totalidade, centralmente pelo Ministério da Saúde por via do IGIF. Este sistema de financiamento baseia-se essencialmente no imposto, pois compete ao Estado, constitucionalmente, garantir os recursos necessários à prossecução dos fins que ele próprio se propôs realizar em matéria de saúde, para permitir o acesso e a prestação de cuidados de saúde às populações.

■ O financiamento dos hospitais e das ARS tem vindo, nos últimos 5 anos, a privilegiar de forma progressiva os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos. E mesmo no que se refere à ponderação do factor produção, cumpre registar que têm vindo progressivamente a ser introduzidas algumas variáveis.

■ No que respeita à cobrança das receitas próprias, em 2001, o HSS mostrou ser o mais eficaz, apresentando uma taxa de cobrança dessas receitas de 60%, enquanto o HDS e o HNSR apenas conseguiram cobrar cerca de 30%.

■ Relativamente à despesa efectuada, em 2001, nas rubricas “*Compras*”, “*Subcontratos*” e “*Imobilizado*”, o HSS foi o que revelou maior capacidade financeira para satisfazer os encargos assumidos, quando comparado com o HDS e o HNSR.



3.2 – Recomendações ao Ministro da Saúde

- Na definição dos objectivos da política de saúde e dos instrumentos para a sua prossecução deverão privilegiar-se mecanismos de aumento da produtividade através de uma eficiente utilização de recursos técnicos, financeiros e humanos.
- O Ministério da Saúde deverá desenvolver metodologias que promovam uma melhor organização e prestação de cuidados, para que os recursos envolvidos sejam utilizados de forma criteriosa e racional, designadamente na definição de prioridades, nos processos de produção de cuidados e na avaliação dos resultados obtidos.
- As Administrações Regionais de Saúde deverão, em articulação com a Unidade de Missão “Hospitais S.A.” e com o IGIF, assegurar a negociação, o acompanhamento e a avaliação dos Contratos/Orçamentos-Programa, de forma a garantir uma melhor utilização dos recursos públicos para a saúde com ganhos de eficácia, qualidade e equidade nos cuidados de saúde a prestar.
- O Ministério da Saúde deverá, com vista a uma análise comparativa, obter e utilizar nas suas avaliações de resultados alguns padrões de referência de melhores práticas nacionais e internacionais. A utilização desses indicadores proporcionarão uma avaliação mais rigorosa da eficiência do desempenho, na medida em que não se limita a comparações com valores médios.
- O Ministério da Saúde, através das respectivas Administrações Regionais de Saúde, deverá avaliar os efeitos dos programas de recuperação de listas de espera sobre a actividade normal hospitalar e a evolução da dimensão das listas de espera.



4 – OBJECTIVOS DEFINIDOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

4.1 - As Grandes Opções do Plano

O enquadramento programático da política nacional da saúde é traçado pelos programas de Governo e pelas Grandes Opções do Plano (GOP), onde se enunciam opções de carácter político e objectivos prioritários, definem orientações e medidas de política para o sector.

As GOP consubstanciam as decisões políticas globais e sectoriais tomadas com o intuito de suportar a estratégia da governabilidade dos investimentos.

Nas GOP/99 foram definidas medidas de política de saúde orientadas para uma reforma gradual do SNS, com vista, entre outros aspectos, a corrigir problemas existentes. Das opções formuladas para o ano 2000, a saúde insere-se na 4ª Opção *-Reforçar a coesão social avançando com uma nova geração de políticas sociais*. As GOP para 2001 continuam a ser orientadas por uma estratégia global assente nos princípios fundamentais em que *“o Estado continuará a assumir a responsabilidade pela cobertura dos riscos de saúde garantindo a todos o acesso aos cuidados de saúde em condições de equidade”* e que *“o SNS continuará a assumir-se como elemento nuclear e estruturante do sistema de saúde”*.

Considerando por um lado, o carácter estratégico das medidas de política delineadas nos referidos instrumentos, e, por outro, o âmbito, a natureza e os objectivos da presente auditoria, torna-se impraticável, nesta sede, proceder a uma avaliação da implementação de medidas. Refira-se, contudo, que apesar da legislação produzida pelos sucessivos Governos sobre várias matérias, muita dessa legislação nunca chegou a ser implementada ou quando aplicada não foi acompanhada na sua execução.

Neste contexto, da apreciação feita ao conjunto das opções constata-se que não estão definidas nas GOP - Saúde prioridades entre as medidas elencadas, nos anos de 1999 e 2000, acontecendo essa definição somente em 2001.

Também, na mesma linha de orientação e com o objectivo de concretizar um conjunto de orientações estratégicas, foi aprovado, por RCM n.º 91/2001¹², o Plano Nacional de Acção para Inclusão (PNAI). Considerado como um instrumento nacional de importância crucial no desenvolvimento e avaliação das várias políticas sociais, este documento descreve, no que respeita à área da Saúde, prioridades, metas (não temporais), instrumentos e indicadores.

4.2 – A Contratualização – Administrações Regionais de Saúde vs. Hospitais

Os objectivos definidos, já em 1998, nas opções para o sector da saúde referentes à melhoria da comunicação e da coordenação entre os diversos níveis de gestão e os diferentes prestadores de saúde e a continuação da desconcentração da administração do SNS, com destaque para a atribuição progressiva de orçamentos com base em compromissos de

¹² Publicado na Iª Série-B do DR, de 6 de Agosto de 2001.



actividade esperada, foram reafirmados, sucessivamente, nas GOP dos anos seguintes (1999, 2000 e 2001).

Das diversas medidas delineadas, nas GOP, para o cumprimento desses objectivos consta a medida alusiva ao *“desenvolvimento da função agência de acompanhamento dos serviços de saúde, a nível de cada uma das Regiões de Saúde, apoiando, fortemente, o desenvolvimento do método de distribuição de recursos financeiros através de instrumentos de contratualização – orçamentos/programa”*.¹³

No documento *“Saúde em Portugal – Uma Estratégia para o virar do século”*¹⁴, é apresentada como um dos principais elementos da política de saúde *“o desenvolvimento de uma nova relação entre contribuinte, seus agentes para o financiamento da saúde, e os prestadores de cuidados de saúde através da generalização e aprofundamento dos processos de contratualização”*, estabelecendo como meta, para 2002, a contratualização com todas as instituições públicas de saúde do SNS, através das Agências de Contratualização.

No âmbito da prossecução das atribuições das Administrações Regionais de Saúde¹⁵ (ARS), inicia-se o processo de contratualização com a criação das Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde¹⁶ (AASS). A publicação do Despacho Normativo n.º 46/97, de 11 de Julho¹⁷, que as instituiu, não lhes atribuí, no entanto, qualquer natureza jurídica, definindo-as tão somente como uma *“instância de intervenção no sistema”* a funcionar junto das ARS e constituídas por um *“corpo técnico pluridisciplinar”*¹⁸.

De acordo com o referido diploma, fica confiada às Agências a missão de procurar assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar. Para desenvolver essa missão foram-lhes distribuídas as seguintes funções:

- ▶ *Identificar as necessidades ou cuidados de saúde para os quais há que garantir respostas adequadas,*
- ▶ *Propor ao Conselho de Administração das ARS a respectiva distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde da Região e proceder à contratualização dos cuidados de saúde com as mesmas;*
- ▶ *Produzir e divulgar informação sobre os serviços de saúde e promover a utilização desses conhecimentos por parte das administrações e por parte dos cidadãos;*
- ▶ *Incorporar na reorientação do sistema de saúde a opinião do cidadão;*

¹³ Cfr. Lei n.º 127-A/97, de 20 de Dezembro.

¹⁴ Documento elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado publicamente em Dezembro de 1996.

¹⁵ De entre as atribuições e competências das Administrações Regionais de Saúde (ARS), afloradas no Estatuto de Serviço Nacional de Saúde (cfr. art.º 6º n.º3 do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) e previstas no Regulamento das ARS (cfr. arts.º 2º e 6º do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro), encontram-se a avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, a promoção de medidas necessárias à melhoria do funcionamento das instituições e serviços e ao pleno aproveitamento da capacidade dos recursos humanos e materiais.

¹⁶ Posteriormente renomeada de Agência de Contratualização pelo Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro.

¹⁷ Publicado na 1ª Série-B do DR, de 8 de Agosto de 1997, com alterações introduzidas pela Despacho Normativo n.º 61/99, de 1 de Setembro, publicado na 1ª Série-B do DR, de 12 de Novembro de 1999.

¹⁸ Não fazendo parte da estrutura orgânica da ARS.



- ▶ *Acompanhar o desempenho das instituições relativamente à prestação dos cuidados de saúde e recursos financeiros contratualizados;*
- ▶ *Dar parecer sobre a celebração de acordos e convenções com entidades privadas e IPSS para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS;*
- ▶ *Participar na avaliação dos ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos.*

Posteriormente, o Despacho Normativo n.º 46/97 viria a sofrer alterações, através do Despacho Normativo n.º 61/99, de 1 de Setembro. Apesar de se encontrar prevista a criação de um órgão coordenador das Agências de Contratualização (Conselho Nacional das Agências), com vista à articulação permanente e activa entre a Direcção-Geral da Saúde, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde, esse órgão não chegou a ser constituído.

Em 1999, por determinação superior, todos os organismos integrados no SNS elaboraram orçamentos-programa, tendo o processo de contratualização sido positivo junto dos hospitais, quer na negociação quer no acompanhamento e na avaliação. Porém, a partir de 2000 as Agências continuaram a funcionar mas com poucas orientações não facilitando a sua afirmação junto dos prestadores¹⁹. Tal situação, afigura-se contraditória tendo em conta que nesse ano uma das preocupações principais do Ministério da Saúde era a contenção da despesa e que poderia ter utilizado as ARS/Agências para, através delas, introduzir maior rigor e controlo no sistema. Em 2002, as Agências mantêm-se em funções, contratualizando apenas com alguns Hospitais e Centros de Saúde.

4.3 – Contrato e Orçamento-Programa

Em 1998, foram definidos, pela Agência de Lisboa e Vale do Tejo, para realização dos seus objectivos e procurando melhorar as metodologias de elaboração dos orçamentos - programa²⁰, os termos de referência para a sua elaboração²¹, exigindo assim aos hospitais maior rigor na definição de objectivos e no controlo de custos. Estas orientações assim como os indicadores de análise foram seguidas, em 1999, pelos hospitais de Santarém e Barreiro. Do cruzamento da informação obtida através dos Relatórios de Actividade dos hospitais de Santarém e Barreiro e dos Relatórios da Agência (em 1999 e 2000), verificou-se que os dados/elementos constantes desses dois documentos não coincidiam. Questionados os respectivos Conselhos de Administração sobre esta situação, justificaram essas divergências pelo facto de os elementos fornecidos pelo hospital à Agência serem remetidos antes do final do ano e o tratamento dos mesmos, nomeadamente, quanto aos doentes saídos “não

¹⁹ Esta situação é reconhecida no preâmbulo do Despacho Normativo n.º 61/99, de 1 de Setembro, publicado na Iª Série-B do DR, de 12 de Novembro de 1999, em que refere concretamente que “ a actividade das agências tem-se ressentido da falta de coordenação efectiva, a nível central, quer no que respeita ao relacionamento entre si e com as diversas administrações regionais de saúde quer no que respeita à necessária articulação com os serviços centrais no Ministério da Saúde com competências nas áreas do planeamento e do financiamento”.

²⁰ O conceito de orçamento-programa tem origem na necessidade de ligar a actividade prevista ao volume de recursos financeiros atribuídos a uma organização. Ou seja, é aceite que o montante transferido para uma instituição deve estar, antes de mais, associado à sua produção e não dependente da sua estrutura interna.

²¹ Documento elaborado em 1998 intitulado “Termos de Referência para os Orçamentos-Programa dos Hospitais”.



facturados” ser feito de uma forma diferenciada pela Agência, que não entra em linha de conta com esses doentes por a facturação só ocorrer no ano seguinte.

Quanto ao envolvimento da ARSLVT através da Agência de Lisboa na negociação dos orçamentos-programa, com os Hospitais de Santarém e Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, e apesar da existência de instrumentos disponíveis, o processo de contratualização não foi exercido, por esta Agência, de uma forma regular. Em 1999, a actividade da ARS foi considerada pelos intervenientes como positiva, tendo acompanhado a elaboração, a execução e a avaliação dos respectivos orçamentos-programa. Em 2000, o acompanhamento foi dado apenas ao nível da elaboração não tendo sido feito o acompanhamento da execução. No que respeita ao ano 2001, a Agência não exerceu a função a que estava obrigada, uma vez que não acompanhou nem a elaboração nem a execução dos orçamentos-programa.²²

A situação descrita foi confirmada, em sede do contraditório, pelo actual Conselho de Administração da ARSLVT, o qual refere que “...a própria Agência de Contratualização tinha deixado de funcionar (havia um elemento avençado), o que obrigou, ..., a um significativo esforço de recrutamento de pessoas com habilitações...”. Assim, em Setembro de 2002, uma nova equipa reiniciou os trabalhos da Agência elaborando a proposta de termos de referência dos Orçamentos-Programa para 2003, dos Hospitais e Centros de Saúde.

A actividade hospitalar do HSS, com um modelo de gestão diferente do modelo público tradicional (cfr. Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho), encontra-se definida no contrato-programa celebrado, em 31 de Dezembro de 1998, com a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), válido por um período de três anos (renováveis por iguais períodos), que em termos gerais obrigava:

- Ao cumprimento das metas assistenciais definidas anualmente com base na estimativa da actividade esperada;
- À existência e cumprimento de programas de garantia de qualidade;
- À observação rigorosa dos montantes financeiros atribuídos,
- À existência e cumprimento de um programa anual de formação e promoção de recursos humanos.

A renovação do contrato-programa para o ano de 2001, formalizou-se através da Adenda n.º 1 ao referido contrato. Neste documento os objectivos gerais traçados para o ano de 1999 mantiveram-se, tendo sido somente aprovados o orçamento financeiro, a actividade assistencial esperada, a dotação máxima de pessoal e a área de influência.

Para o ano de 2002, foi assinada a Adenda n.º 2 ao contrato-programa, a qual prevê, para além da aprovação do orçamento financeiro, da actividade assistencial esperada, da dotação máxima de pessoal e da área de influência, o novo sistema de avaliação e melhoria contínua de qualidade, o designado Portuguese Quality Indicator Project (PQIP).

²² Ao contrário da Agência de Lisboa, a Agência do Centro exerceu as suas funções regularmente, ao longo dos anos de 1999, 2000 e 2001.



A Agência de Contratualização do Centro efectuou o acompanhamento e a avaliação da execução do contrato-programa, trimestralmente, tendo esse controlo versado sobre dois aspectos:

- 1) *Evolução dos indicadores relativos à produção em internamento, consulta externa e cirurgia ambulatória, urgência, hospital de dia e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;*
- 2) *Informação relativa à execução do programa de garantia de qualidade e outras actividades e projectos a desenvolver no âmbito da missão do hospital.*

O trabalho desenvolvido pela Agência encontra-se reflectido nos relatórios anuais, onde é feita uma análise comparativa de resultados entre o contratualizado e o realizado e a performance do HSS entre os hospitais do grupo.

➤ *Prosecução dos Objectivos*

A prossecução dos objectivos e das metas definidas nos instrumentos antes referidos, apresentou-se diferente nos três hospitais. No HSS, os objectivos foram atingidos em 2001 e em 2000 (na generalidade), mas não em 1999. No HDS e no HNSR a prestação da actividade assistencial, face às metas definidas, ficou aquém dos objectivos pretendidos.

De referir, ainda, que entre os objectivos fixados pelos três hospitais, nos seus orçamentos-programa/contrato-programa, e as linhas de intervenção da política nacional de saúde definidas nos Programas de Governo, nas GOP e em documentos específicos estratégicos de saúde²³ verifica-se que em todos eles existe uma sintonia.

Em suma, diríamos que:

- Os objectivos definidos nos orçamentos-programa do HDS e do HNSR e no contrato-programa do HSS, reflectem as linhas gerais da política de saúde;
- Registaram-se, no HDS e no HNSR, desvios entre o programado e o realizado, no que respeita à actividade do hospital, nomeadamente nas áreas da Consulta, Internamento, Urgência, Bloco Operatório e Hospital de Dia, em que os hospitais não conseguiram atingir as metas a que se tinham proposto;
- Apenas a Agência de Contratualização do Centro executou a sua função, acompanhando a negociação do contrato-programa do HSS e a sua execução, com elaboração de relatórios. Contrariamente, a Agência de Contratualização de Lisboa somente no ano de 1999 acompanhou a elaboração e a execução dos orçamentos-programa dos hospitais de Santarém e do Barreiro;
- Para efeitos de análise comparativa, as Agências não recorrem a padrões de referência mas tão somente a médias nacionais. No entanto, para conseguir determinar, com objectividade, o desvio de um determinado hospital, deveriam proceder à comparação dos resultados com alguns padrões de referência de melhores práticas nacionais e internacionais.

²³ “A Estratégia da Saúde para o virar do século (1998- 2002)”- edição do Ministério da Saúde de 1999.



Tribunal de Contas

01

De referir, por fim, que apenas o HSS faz a divulgação pública do Relatório de Gestão (através da Internet), garantindo, assim, o direito à informação por parte do cidadão/contribuinte.



5. – PRINCIPAIS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR²⁴

5.1 – Enquadramento Geral

Actualmente a natureza jurídica dos hospitais encontra-se definida no n.º 1 do art.º 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro²⁵, que prevê a possibilidade de a rede de prestação de cuidados de saúde revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

Com o citado diploma são, também, alteradas as Bases XXXI, XXXIII, XXXVI e XL da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), destacando-se os seguintes aspectos:

- estatuto dos profissionais de saúde do SNS, permitindo-se o alargamento dos regimes laborais aplicáveis com inclusão do regime jurídico do contrato individual de trabalho e da contratação colectiva de trabalho (alteração do n.º 1 da Base XXXI);
- financiamento do SNS, passando a prever-se que o mesmo venha a ter por critério o pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde (alteração do n.º 1 da Base XXXIII).

Neste contexto, procedeu-se à transformação de 31 hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, consagrando-se a autonomia de gestão das unidades hospitalares em moldes empresariais e estabelecendo-se a separação funcional entre o financiador/comprador de prestações de saúde e o prestador de cuidados de saúde, sem prejuízo do carácter unitário e universal do SNS, de acordo com a matriz constitucional.

Na mesma esteira, também o Relatório de Primavera de 2002 sobre “O estado da Saúde e a Saúde do Estado”, elaborado pelo Observatório Português de Sistemas de Saúde, fazia a seguinte referência:” *É possível identificar três modalidades de evolução para os hospitais:*

1. *Melhorar o hospital público tradicional, através de acções externas (como a contratualização através de orçamentos-programa) e de reorganizações internas (descentralização departamental – Centros de Responsabilidade Integrados);*

²⁴ Vide Relatório do Consultor Externo “Os sistemas de Saúde de União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português” – Apenso ao presente relatório.

²⁵ Diploma que redefine o regime jurídico da gestão hospitalar e revoga o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro.



2. *Transformar o hospital público tradicional em “empresa pública” – maior autonomia de gestão nos recursos e alterações dos vínculos contratuais com os profissionais – em paralelo com uma melhoria substancial nos mecanismos de acompanhamento, regulação e contratualização disponíveis (ex. HSS);*
3. *Adopção de diferentes tipos de parcerias entre o público e o privado (PPP), como soluções mais complexas que requerem, do conjunto do sistema de saúde, uma efectiva direcção estratégica com mecanismos reguladores apurados (ex. HFF).*

Independentemente das vantagens e desvantagens de cada uma das modalidades apresentadas, certo é que o equilíbrio necessário entre a flexibilização da gestão dos hospitais e o desenvolvimento dos instrumentos de direcção e influência estratégica acima indicados requer um considerável investimento humano, técnico e institucional.”

5.2 – As Experiências Recentes no Sector Hospitalar Português

▶ **A Gestão Privada em Hospitais Públicos**

O Estatuto do SNS²⁶ vem permitir a gestão de estabelecimentos do SNS através de contratos de gestão, do sistema das convenções e do regime dos contratos-programa. O contrato de gestão do Hospital Amadora-Sintra constitui a primeira aplicação dos arts.º 28º e 29º do Estatuto. O HFF, embora tendo sido construído com financiamento do Orçamento do Estado (OE), tem a sua gestão atribuída, por contrato, a um consórcio privado.

Na experiência do Hospital da Feira (HSS)²⁷, foram permitidas regras de gestão privada num hospital do SNS. Estas regras permitem essencialmente duas diferenças face aos restantes hospitais do SNS: contratos individuais de trabalho e maior flexibilização nas relações de aprovisionamento, em tudo o resto segue as regras dos restantes hospitais.

Enquanto hospital público com regras de gestão privada, a organização interna do HSS reflectia uma maior liberdade de gestão. Dividia-se internamente em quatro centros de custos principais, e estes em serviços. Cada serviço contratava com o centro de custos relevante um programa de actividades anual. A agregação de todos estes valores determinou uma proposta de contrato realizado com o SNS/MS.

De referir, ainda, que a gestão do HSS instituía um sistema de incentivos financeiros, baseados em prémios de produtividade mensais e bolsas de investigação anuais, sendo o propósito deste sistema o de remunerar as diferenças individuais de produtividade, bem como, alinhar os interesses individuais com os objectivos gerais da organização. O desempenho era medido por um conjunto de indicadores que incluem avaliações individuais, avaliações

²⁶ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, no desenvolvimento da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).

²⁷ Criado pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro, e regido pelo Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, actualmente sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos – Decreto-Lei n.º 296/2002, de 11 de Dezembro.



quantitativas da produção e dos custos unitários, bem como, avaliações de satisfação por parte dos utentes.

► *Outras Experiências*

Prevista no Decreto-Lei n.º 11/93, que aprovou o Estatuto do SNS, foi criada a figura de Unidade Funcional de Saúde para servir como dispositivo articulador dos Centros de Saúde e dos Hospitais e como instância de planeamento de recursos.

O Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, institui o regime do Sistema Local de Saúde (SLS). A articulação entre os diversos prestadores tem como objectivo facilitar o acesso, garantir o encaminhamento da informação clínica acordada, promover o aumento de qualificação dos profissionais e a avaliação dos cuidados prestados.

Foram, ainda, criadas as unidades de contratualização interna, ou seja, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), que constituem níveis intermédios de gestão, entre o nível de administração e o nível operacional.

O Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, que criou os CRI pretendeu traduzir um compromisso entre os gestores dos Centros e o Conselho de Administração do Hospital para o cumprimento de um dado volume de produção de cuidados, negociados em função dos recursos atribuídos.

A criação dos CRI visava atingir maior eficiência e melhorar a acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição. Procurava, ainda, aumentar a produtividade e a qualidade da actividade, através da atribuição de incentivos aos profissionais, de acordo com o respectivo desempenho (individual e colectivo) e na medida dos ganhos de eficiência obtidos.

Apesar de alguns hospitais terem, na proposta do seu Regulamento Interno, contemplado a criação de CRI, conforme orientações da Direcção-Geral da Saúde (cfr. Circular Normativa n.º 5/DSP, de 28 de Fevereiro 2000), a verdade é que nunca chegaram a ser implementados face à suspensão operada pela Circular Normativa n.º 6/DSP, de 2 de Março de 2000, da Direcção-Geral da Saúde.



5.3 – Breve Caracterização dos Hospitais Auditados e Comparação dos seus Modelos de Gestão

Com a publicação dos Decretos-Lei n.º 296/2002, 299/2002 e 302/2002, de 11 de Dezembro, os três hospitais auditados foram transformados em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Os dados apresentados na figura seguinte, para efeito de análise comparativa de modelos de gestão, reportam-se ao ano 2001, em que o HSS possui uma maior flexibilização das regras de funcionamento, e os dois restantes hospitais seguem as regras de administração tradicionais dos Hospitais Públicos.

	HSS	HDS	HNSR
Estatuto Jurídico	Estabelecimento público dotado de personalidade Jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com natureza empresarial ²⁸	Pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira.	Pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira.
Instrumentos de gestão	Contrato-Programa	Orçamento-Programa	Orçamento-Programa
Área de influência	3 Concelhos	8 Concelhos	4 Concelhos
População Abrangida	177.530	191.028	198.635
Recursos Financeiros	€ 37.620,05	€ 41.743,00	€ 39.661,00
Recursos Humanos	895	1287	1367
Lotação Oficial de Camas	257	513	433
Regime Contratual	Normas de Direito Privado	Relação Jurídica de emprego público	Relação Jurídica de emprego público
Regime Remuneratório	Sistema de incentivos de ordem financeira directa (prémios de produtividade) e indirecta (bolsas de investigação).	Estatuto Remuneratório dos funcionários e agentes da Administração pública.	Estatuto Remuneratório dos funcionários e agentes da Administração pública.
Despesas com Produtos Farmacêuticos	€ 4.892,00	€ 7.720,00	€ 7.828,00
Aquisição de bens e Serviços	Normas de Direito Privado	Regime Jurídico de realização de despesas públicas	Regime Jurídico de realização de despesas públicas

²⁸ Estamos perante uma entidade pública empresarial, dotada de estatuto próprio e subsidiariamente sujeita ao regime do sector empresarial de Estado e das empresas. Um modelo de gestão exercido por uma entidade pública mas com uma natureza específica que lhe permite agir de acordo com regras de direito privado.



6. – EFICIÊNCIA DA GESTÃO E ADEQUAÇÃO DA OFERTA À PROCURA

6.1 – Resultados Quantitativos

6.1.1 – Perspectiva Global²⁹

O objectivo da análise de eficiência é o de obter um padrão de referência da melhor prática, quer nacional quer internacional, com o qual o desempenho dos três hospitais auditados seria confrontado.

Devido a problemas de recolha de informação, bem como a dificuldades na harmonização de conceitos estatísticos entre países e de indisponibilidade de elementos comparáveis, não foi possível proceder a esse exercício em termos ideais. Aliás, não foi encontrado a nível internacional qualquer comparação, sistemática e de base estatística sólida e alargada, de eficiência hospitalar entre países.

Por esse motivo, optou-se por proceder a uma contextualização geral da situação de cada um dos hospitais, no conjunto dos hospitais portugueses e, ainda, a uma análise da evolução de indicadores de produção e de produtividade, por áreas de actividade dos hospitais auditados. Estabeleceram-se, também, confrontos entre alguns desses indicadores e indicadores de hospitais espanhóis e de hospitais do Reino Unido.

Assim, apresenta-se primeiro uma análise de eficiência, elaborada pelo consultor externo, que define a melhor prática nacional num contexto de 82 hospitais e de seguida uma análise dos indicadores de eficiência por áreas de actividade dos três hospitais (efectuado pela equipa de auditoria).

Para a contextualização geral dos hospitais auditados recorreu-se a uma análise da envolvente dos dados³⁰ que permitisse posicionar esses hospitais no conjunto dos hospitais portugueses. O cálculo do indicador global de eficiência (*score* de eficiência)³¹ exigiu a especificação das produções dos hospitais nacionais³² e dos factores produtivos usados³³.

²⁹Vide Relatório do Consultor Externo “Os Sistemas de Saúde de União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”- apenso ao presente relatório.

³⁰ A análise da envolvente de dados (“data envelopment analysis” no original anglo-saxónico) é descrita, por exemplo, Emmanuel Thanassoulis, 2001, *Introduction to the Theory and Application of Data Envelopment Analysis: a Foundation Text with Integrated Software*, Kluwer Academic Press.

³¹ Este indicador de eficiência constitui um indicador generalizado, no sentido em que pode ser identificado como uma soma ponderada das produções relativamente a uma soma ponderada dos recursos utilizados. Os ponderadores são obtidos internamente ao processo de cálculo do indicador de eficiência. Para este efeito, e porque não faz sentido somar as produções, a solução natural foi criar somas ponderadas, tendo sido para tal definidos ponderadores cujo cálculo foi efectuado através de logaritmos de programação linear. A aplicação informática fez o apuramento desses índices em simultâneo para um universo de 82 hospitais nacionais (para os quais havia informação disponível), resolvendo um problema de maximização individual. Nesse cálculo os valores de todos os outros hospitais constituem restrições e condições que limitam o *score* de eficiência apurado para os hospitais auditados.

³² Doentes saídos (ajustados pelo índice de case-mix), número de urgências e número de consultas externas.

³³ Número de médicos, número de enfermeiros, número de paramédicos e de outro pessoal, bem como a lotação de camas e ainda os custos totais.



Foram consideradas três alternativas. Em todas se consideram três produções hospitalares, a saber: doentes saídos (ajustados pelo índice de *case-mix*), número de urgências e número de consultas externas.

Em termos de análise do grau de eficiência, adoptou-se uma perspectiva baseada nos recursos utilizados e outra baseada nos resultados obtidos. No primeiro caso, coloca-se a seguinte questão: “Quanto se pode poupar, em recursos usados, reduzindo todos numa mesma proporção, para se alcançarem os mesmos resultados de uma forma eficiente?”. Alternativamente, olhando em termos de resultados, pode-se pensar em: “Quanto é possível aumentar os resultados obtidos, mantendo constantes os recursos usados, se se passar a ser eficiente?”

Com base nestes pressupostos foram produzidos, a um nível de agregação elevado, três indicadores de eficiência comparada³⁴, os quais traduzem diferentes perspectivas em função do tipo de componente analisado (factor produtivo considerado -custos totais, algumas categorias de despesas ou recursos reais usados), conforme se apresenta:

► Cálculo da eficiência global - Tendo como factor produtivo “*Os Custos totais*”

Com o objectivo de obter uma ideia global sobre o nível de eficiência e o grau de eventuais poupanças de custos associados com a obtenção de uma maior eficiência, o primeiro passo consistiu em avaliar se as diferenças de custos entre hospitais podem ser justificadas pelas diferenças nos níveis de produção observados. Para este efeito considerou-se um único factor produtivo genérico: custos totais.

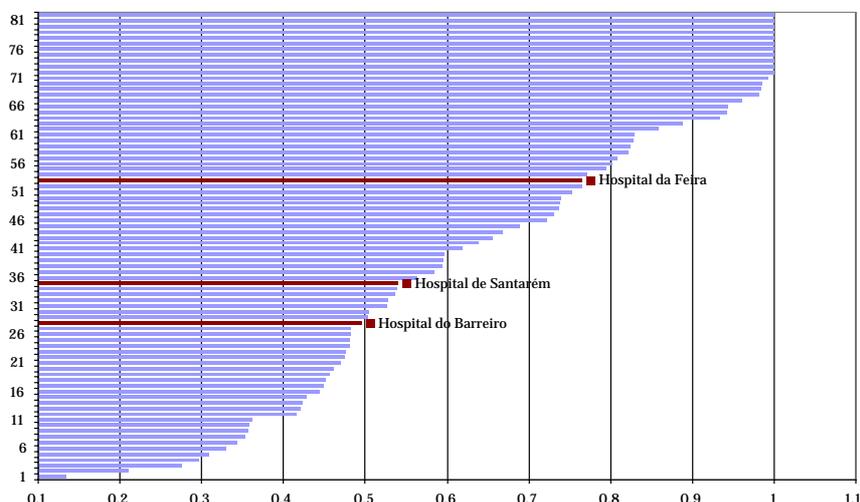
A figura seguinte apresenta os índices de eficiência global calculados nesta versão de análise (de acordo com os parâmetros constantes do Relatório do Consultor, em apenso):

³⁴ Para efeitos comparativos e por à data não existirem elementos relativos a 2001, os cálculos foram efectuados relativamente ao ano de 2000.



01

Figura 1: Indicador de Eficiência: versão custos totais

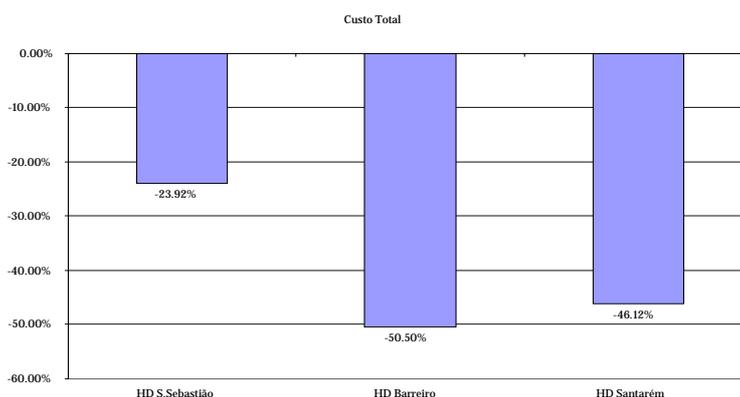


Em termos de índice de eficiência, o nível de eficiência médio é de 66%.

Dos hospitais em análise o HSS apresenta o valor mais elevado dos três hospitais com 76,5% seguindo-se o HDS com 53,9 % e, por último, o HNSR- Barreiro com 49,5%.

A análise detalhada da situação de cada hospital revela que numa perspectiva baseada nos recursos utilizados, para se alcançar uma situação eficiente deveria ocorrer uma substancial redução de custos³⁵, estimada em cerca de 24% para o HSS, 46% para o HDS e de 50% para o HNSR, cfr. figura 2.

Figura 2: Eficiência, custo



Numa perspectiva baseada nos resultados obtidos, a análise do desempenho de cada hospital mostra que, para os mesmos custos totais, todas as actividades dos hospitais deveriam

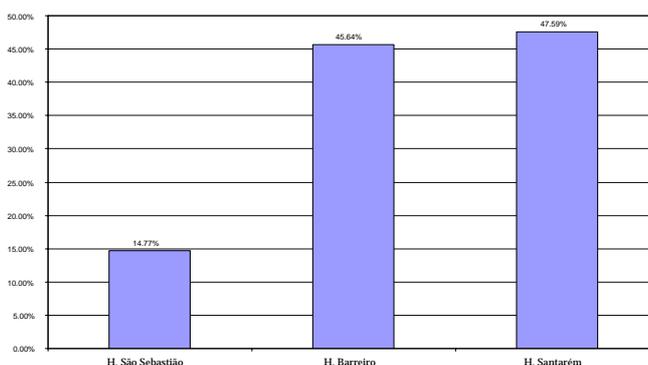
³⁵ As reduções de custos foram calculadas tendo em conta a melhor prática de outros hospitais portugueses, (limite máximo 100%) sendo condicional à qualidade de informação reportada, em termos de custos totais dos hospitais e da actividade desenvolvida.



01

aumentar, sendo a dos hospitais do Barreiro e de Santarém bastante significativa (cerca de 45%), enquanto a do Hospital São Sebastião se queda pelos 15% (cfr. Figura 3).

Figura 3: Ganhos de eficiência



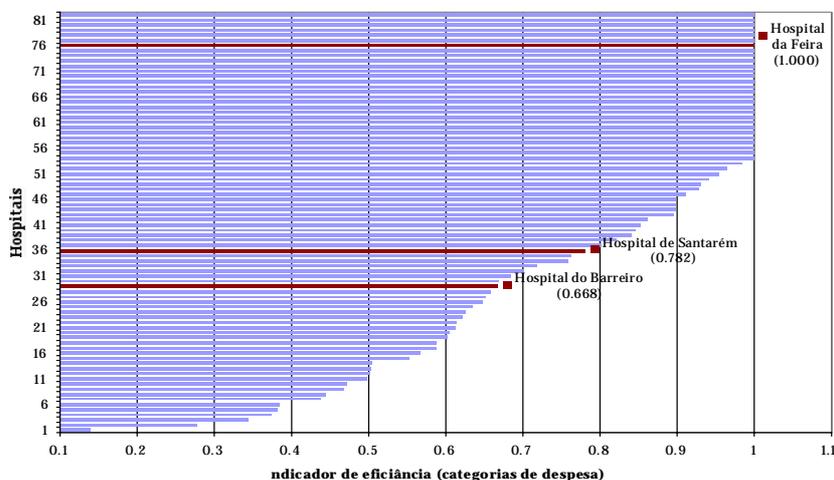
► **Cálculo da eficiência global - Tendo como factor produtivo “Algumas categorias de despesas”**

Os custos totais de um hospital englobam diferentes categorias de despesa. Para um mesmo nível de actividade, hospitais distintos podem ter decisões de gestão diferentes. Por esse motivo, procurou-se verificar se a ineficiência em termos de custo global de um hospital se encontra associada, em maior ou menor grau, a uma determinada categoria de despesa.

A desagregação dos custos totais em três categorias de despesa introduz também maior flexibilidade, reduzindo o grau de ineficiência atribuído ao sector.

Assim, considerando as três medidas de produção já descritas e três categorias de despesa como factores produtivos: despesas com pessoal, consumos e fornecimentos externos e outras despesas apurou-se o **índice de eficiência segundo categorias de despesas** cfr. figura seguinte:

Figura 4: Eficiência segundo categorias de despesas.



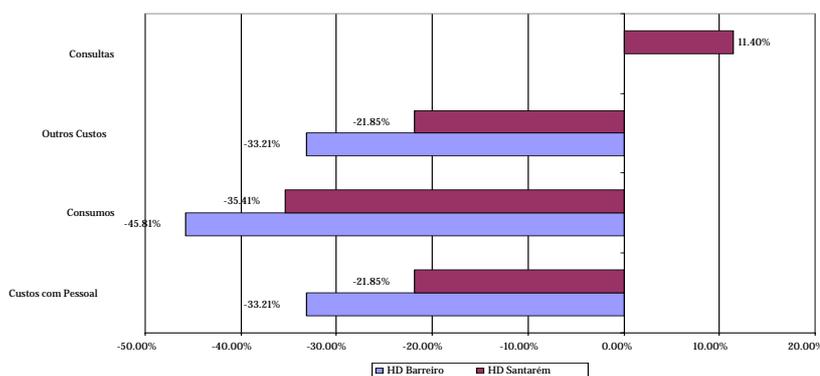


01

Neste caso também o HSS aparece como mais eficiente que os outros dois hospitais. Em particular, o HSS surge dentro do conjunto das unidades eficientes, enquanto os hospitais de Santarém e do Barreiro surgem como relativamente ineficientes. Os índices de eficiência são, respectivamente, 78.2% e 66.8%. O valor médio global para o índice de eficiência é de 78.4%. estes dois últimos hospitais estão, pois, dentro do conjunto das instituições hospitalares menos eficientes.

Numa perspectiva baseada nos recursos utilizados os HNSR e HDS deveriam reduzir os seus custos de forma significativa em qualquer das categorias, contudo, a redução deveria ser mais acentuada no caso dos consumos, do que nas restantes categorias de custos. No caso do HDS, para além da redução de custos assinalados, é desejável um aumento de cerca de 11% no número de consultas realizadas, cfr. figura seguinte:

Figura 5:Ganhos de eficiência, por tipo



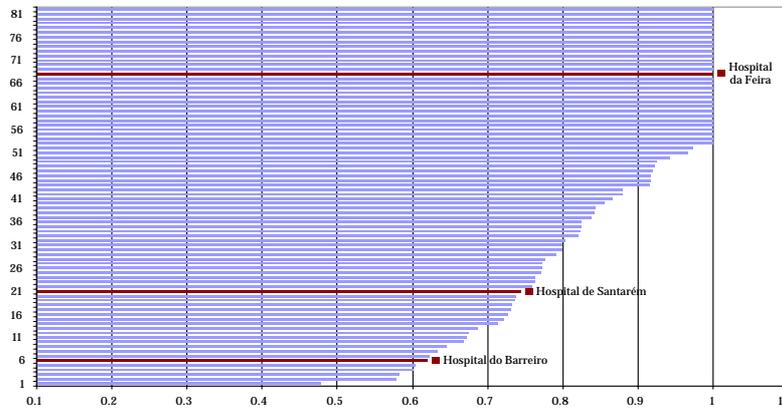
Detalhando um pouco mais, e numa perspectiva baseada nos resultados obtidos, apura-se que o Hospital do Barreiro para alcançar uma situação de eficiência precisa não só de aumentar as produções realizadas (cerca de 20%), mas também de reduzir os factores produtivos, nomeadamente os consumos. No que toca ao Hospital de Santarém, há a registar a necessidade de redução do número de enfermeiros.

► Cálculo da eficiência global - tendo como factor produtivo: “*Recursos reais usados*”

Em complemento das análises prévias, consideram-se agora, para além dos indicadores de produção, os factores produtivos em termos físicos, como o número de médicos, número de enfermeiros, número de paramédicos, outro pessoal ao serviço do hospital e lotação de camas. Mantém-se como factor produtivo uma medida de despesa – a despesa em consumos e fornecimentos externos, como medida compósito dos restantes recursos usados na actividade hospitalar apurando-se o índice de eficiência segundo os recursos reais usados cfr. figura 6.



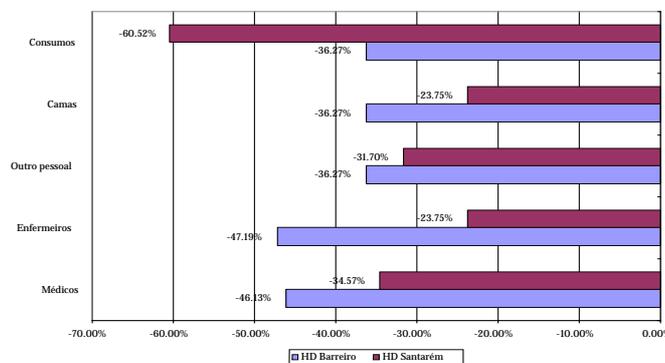
Figura 6: Indicador de eficiência – versão recursos reais usados



Também aqui a ordenação de eficiência dos três hospitais mantém-se, com o HSS no grupo das unidades eficientes e o HDS (74.4%) e o HNSR (62.2%), com valores abaixo quer do valor médio para o índice de eficiência (85.6%), quer do valor mediano (86.6%). Estes dois últimos hospitais são, também, em termos de recursos produtivos usados, dos menos eficientes do sistema hospitalar português.

Uma perspectiva baseada nos recursos usados indica, uma vez mais, uma sobre-utilização de consumos, bastante mais pronunciada no caso do HNSR do que no HDS. Como ambos os hospitais não se encontram na fronteira de eficiência, é natural que, para os níveis de actividade apresentados, haja recursos usados para além dos que seriam necessários a uma unidade eficiente. O padrão de ineficiência é mais pronunciado no HNSR, concentrando-se sobretudo na utilização de enfermeiros e paramédicos. Isto é, para o mesmo volume de actividade, e por comparação com a melhor prática definida pelos outros hospitais portugueses, quer o HNSR quer o HDS deveriam ter um menor número de elementos ao serviço, sendo que a redução seria mais acentuada nos enfermeiros e médicos. O HDS, por seu lado, tem uma incidência maior da ineficiência nos consumos (cfr. Figura 7).

Figura 7: Ganhos de eficiência, por indicador físico



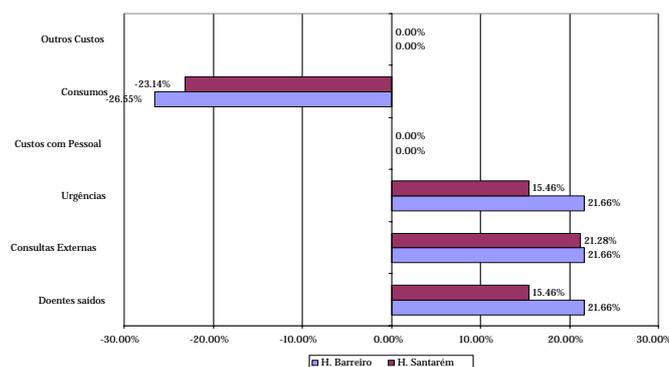
Tal como em resultados prévios, o aumento da produção no Hospital do Barreiro deverá rondar os 20%; sendo a exigida ao Hospital de Santarém um pouco menor e menos



61

equilibrada (cfr. Figura 8). Simultaneamente, numa perspectiva baseada nos resultados obtidos, surge a necessidade em diminuir os consumos.

Figura 8: Ganhos de eficiência, por produção



Tendo sido a análise produzida a um nível de agregação elevado, embora semelhante ao usado na generalidade dos estudos sobre eficiência hospitalar, é agora conveniente explorar se a análise de indicadores mais detalhados, ao nível das valências por exemplo, consegue levar a uma identificação mais clara de fontes de ineficiência.

Essa análise mais detalhada deverá incidir com maior acuidade sobre a utilização de enfermeiros e de paramédicos nos hospitais do Barreiro e Santarém, para além dos aspectos de produtividade em geral. Espera-se, assim, que a inclusão de uma análise envolvente de dados correspondente a um tratamento multidimensional das análises de rácio standard qualifique e enquadre os resultados de análise de rácios individuais. Os resultados da análise envolvente de dados devem ser encarados como o ponto de partida de avaliação da eficiência de prestação de cuidados hospitalares. A análise detalhada de rácios deverá procurar identificar eventuais fontes de ineficiência dos hospitais, tendo em atenção um enquadramento geral de caracterização da eficiência. Permite também descer a um detalhe que a análise estatística, por dificuldades de recolha de informação, não permite alcançar.

6.1.2 – Avaliação dos Resultados obtidos no triénio (1999-2001)

A contextualização geral veio a ser confirmada, em grande medida, pela análise detalhada da actividade dos três hospitais, relativa ao triénio 1999-2001.

Efectuou-se uma análise de eficiência através de indicadores de produção e de produtividade do HDS, HNSR e HSS, sendo posteriormente comparados alguns indicadores destes hospitais com os dos hospitais Espanhóis e do Reino Unido.

Considerou-se que a “produção” traduzia os *outputs* de cada hospital e que a “produtividade” traduzia quer a eficiência da utilidade dos recursos (*inputs*) quer a eficácia do grau de realização da produção (*outputs*), sendo calculada pela expressão (Produtividade=Produção/Recursos utilizados).



Como factores produtivos, utilizou-se os recursos empregues (inputs) traduzidos nos meios humanos, financeiros e alguns elementos de capacidade instalada. Para verificar a existência de eventuais poupanças de custos associados com a obtenção de uma maior eficiência, consideraram-se os custos como factor produtivo genérico.

Nesta análise de eficiência foram consideradas como produções do HDS, do HNSR e do HSS as grandes áreas de actividade: Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica, tendo incidido na avaliação de indicadores de eficiência e na análise dos efeitos sobre a produção, do acréscimo de produtividade e do aumento de recursos empregues (médicos).

◆ Urgência

O HSS registou, no triénio de 1999-2001, uma afluência média diária de 434 doentes, enquanto o HDS registou uma média de 292 e o HNSR de 248.

Em virtude da diferente organização do Serviço de Urgência no HSS³⁶ fica prejudicada a análise comparativa entre este hospital e os outros dois hospitais, uma vez que no modelo de gestão público tradicional os médicos são afectos ao serviço de Urgência através de escalas.

Quadro I

Ano	N.º de Médicos			N.º doentes socorridos			N.º doentes socorridos /médico/ano		
	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR
1999	70	116	199	148.326	97.302	88.231	872	839	443
2000	89	158	203	160.667	105.646	88.340	779	669	435
2001	93	155	201	166.766	117.250	95.202	828	756	474

Verificou-se que no HSS e no HDS a produtividade decresceu no ano de 2000 face a 1999, tendo o aumento da procura dos serviços de urgência sido acompanhado por aumento do número de médicos. No ano de 2001, em ambos os hospitais, houve aumento de produtividade apesar de o HDS ter registado uma ligeira redução do número de médicos.

De 1999 para 2000, o HNSR registou um decréscimo no número de doentes socorridos por médico/ano, apesar de um ligeiro aumento no número de doentes socorridos. Este aumento deveu-se apenas ao crescimento dos recursos (número de médicos), pelo que o efeito da produtividade foi negativo. Já no ano de 2000 para 2001, verificou-se um acréscimo de doentes socorridos por aumento de produtividade.

³⁶ O Serviço está organizado com um corpo médico próprio de “emergencistas”, composto por um interno especialista que está de serviço 24h X 7 dias por semana e por clínicos gerais que trabalham por turnos. Estes “emergencistas” são apoiados por médicos “residentes” de outras especialidades e pelo Serviço de Atendimento Permanente, que funciona no hospital. Este modelo dispensa as escalas para as denominadas urgências internas que, com excepção das Unidades de cuidados Intensivos, permitem alguma concentração e melhor rentabilidade dos técnicos.



01

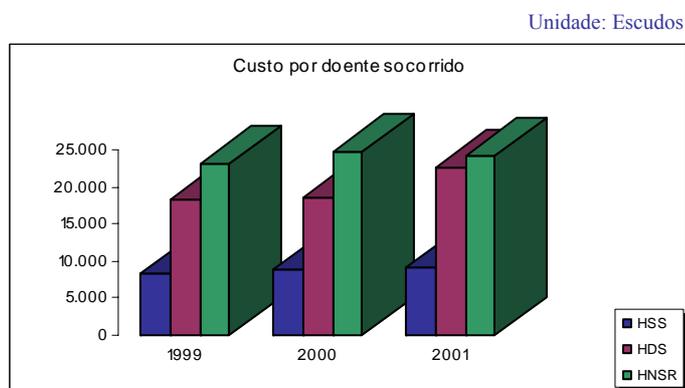
Nos três hospitais analisados, constatou-se que em 2001 a Urgência revelou capacidade de dar resposta à procura dos seus serviços, transferindo para outros hospitais apenas uma pequena percentagem desses doentes, conforme se apresenta:

Quadro II

HSS		HDS		HNSR	
N.º de doentes	% do total de Urgência	N.º de doentes	% do total de Urgência	N.º de doentes	% do total de Urgência
887	1,15	854	0,73	1680	1,76

Quanto aos custos globais associados à Urgência, os três hospitais apresentam um crescimento ao longo do triénio 1999/2001, sendo esse crescimento, no entanto, mais acentuado no ano 2001. Tal situação é justificada pelo crescimento dos custos directos, essencialmente nas rubricas que suportam os encargos com “Subcontratos”, “Ordenados e Salários – Pessoal Médico” e “Horas Extraordinárias”.

Já no que respeita ao custo por doente socorrido³⁷, fica demonstrado que o HSS apresenta custos manifestamente inferiores comparativamente com o HDS e o HNSR, em cerca de 159% e 230%, respectivamente.



Esta diferença de desempenho surge associada a uma visão orientada para a obtenção de ganhos de produtividade, como forma de responder aos acréscimos de procura, e não para a solicitação de cada vez mais recursos.

◆ Consulta Externa

Da análise comparativa de indicadores de produção e produtividade concluiu-se que:

³⁷ No HSS, em 1999, o custo unitário por doente socorrido foi de **42,03 €**(8.427\$00), contra **90,93 €**(18.230\$00), no HDS, e **115,81 €**(23.217\$73), no HNSR; no ano de 2000, o custo foi de **44,26 €**(8.873\$00) no HSS, de **92,01 €**(18.447\$00), no HDS e **123, 12 €**(24.682\$34), no HNSR e no ano de 2001, no HSS foi de **45,13 €**(9.048\$00), de **112,99 €**(22.652\$00) no HDS e de **120,26 €**(24.110\$33) no HNSR.

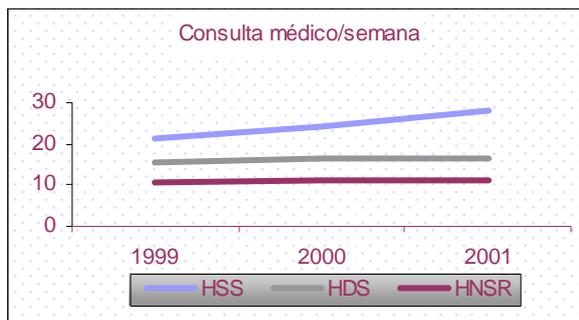
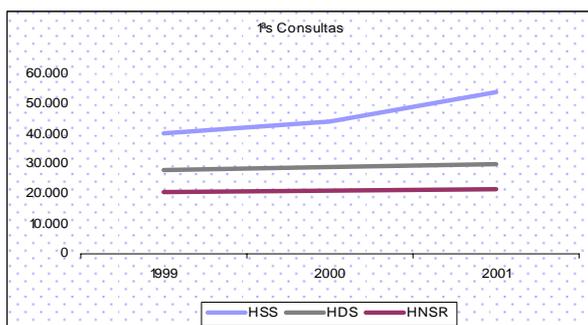


01

- Dos três hospitais, o HSS surge como o hospital mais eficiente em termos de utilização global de recursos, apresentando níveis de produtividade superiores, dispondo de uma capacidade em instalações bastante favorável ao aumento significativo da resposta nesta área.

- O HNSR com um número superior de médicos afectos à consulta (178, 177 e 183), não conseguiu ir para além das 21 mil 1.^{as} consultas, ficando muito aquém das consultas realizadas quer no HDS (em média 29 mil, com um número de médicos de 120, 122 e 131) quer no HSS (em média 46 mil, com um número de médicos de 84, 101 e 107).

- A justificação para que o HSS tenha realizado um número de primeiras consultas manifestamente superior à dos outros hospitais prende-se, em parte, com a utilização da técnica de *overbooking* (marcação de mais 2,9% acima da capacidade), em algumas especialidades e às medidas implementadas no sentido de responsabilizar os doentes pelas faltas às consultas, levando-os a justificá-las na consulta seguinte.



- Apesar de a produção na consulta externa ter aumentado nos três hospitais, o impulso principal para o crescimento das consultas no HNSR veio do aumento do número de médicos, tendo a produtividade diminuído (embora ligeiramente). Também no HDS a produtividade diminuiu de 2000 para 2001, tendo o aumento verificado no número de consultas ocorrido também por efeito do crescimento dos recursos (número de médicos).

Quadro III

Produtividade	HSS			HDS			HNSR		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
% 1. ^{as} Consultas	49	39	39	33	31	30	23	23	23
% Rentabilização	89	89	98	a)	a)	a)	106,43	99,36	88,46
Consultas por médico/ano	989	1.118	1.293	707	767	752	497	522	520
Consultas por médico/semana	21,5	24,3	28,1	15,4	16,7	16,4	10,8	11,4	11,3

a) O HDS não dispõe dos elementos necessários para o cálculo do indicador (total de consultas marcadas/total de consultas realizadas) X 100, por considerar as consultas marcadas iguais às realizadas.

- Relativamente às metas contratualizadas e programadas pelo HSS, em 1999 e 2000, apesar de, em termos relativos e absolutos, se verificar um aumento das 1.^{as} consultas, não foi atingida a meta proposta. Em 2001, já ultrapassou o contratualizado. O HNSR não conseguiu,



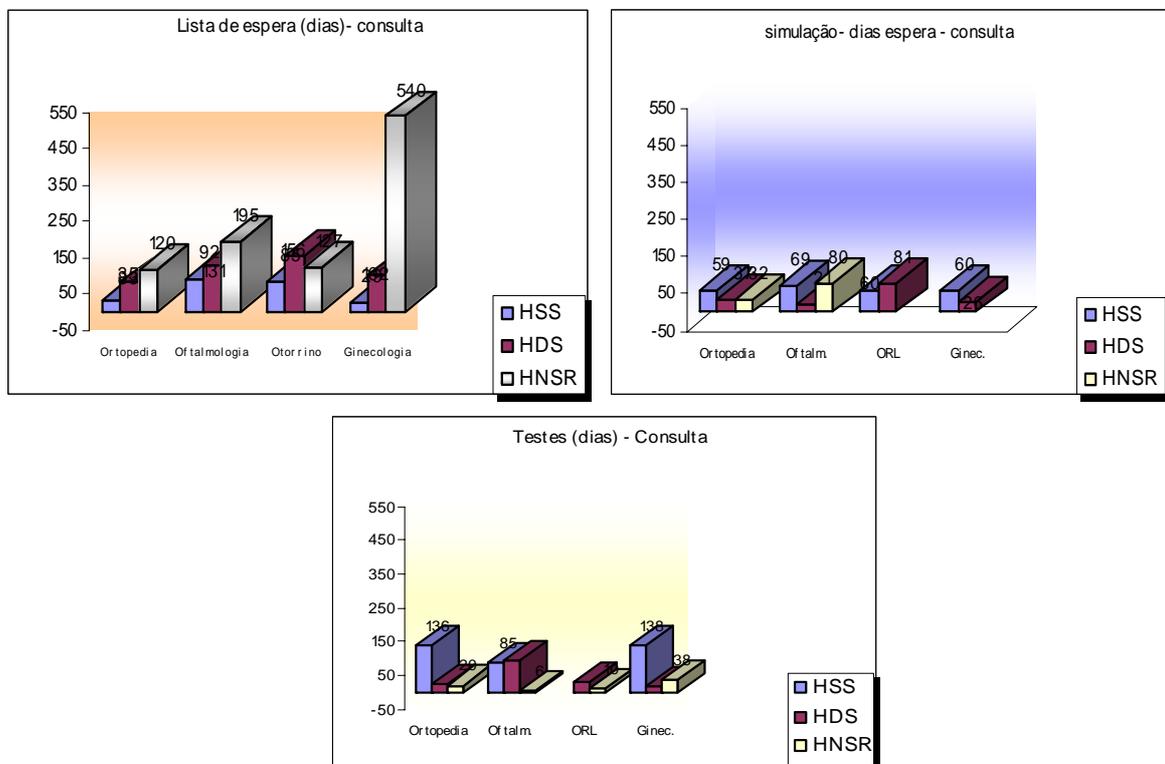
01

em nenhum dos anos de referência, atingir o previsto. Já quanto ao HDS, somente em 1999 ficou ligeiramente aquém do programado.

- Quanto ao custo por consulta, o HDS registou um aumento de 41,3% (entre 1999 e 2001) e o HNSR um aumento de 26,5%, em 2000, e um decréscimo de cerca de 7,2%, em 2001³⁸, enquanto o HSS registou um decréscimo de 18,5%, no triénio, o que, associado ao aumento de produção verificado, reflecte ganhos de eficiência nesta área. Estes indicadores são consistentes e corroboram as observações decorrentes da análise de eficiência global do sistema hospitalar.

Com o objectivo de obter o tempo de espera para marcação de consulta, foram seleccionadas as especialidades que apresentavam um número mais significativo de lista de espera, no primeiro trimestre de 2002, e um maior movimento de primeiras consultas, tendo sido executados testes de conformidade.

Da informação obtida junto dos responsáveis dos Serviços, da realização de testes de conformidade³⁹ e da simulação realizada para efeitos de efectivação de consultas, constatou-se existirem diferenças significativas nos três hospitais relativamente aos dias de espera para obtenção de consulta, conforme podemos observar nos gráficos seguintes:



³⁸ Este decréscimo deveu-se ao facto de os custos referentes a infecciologia terem deixado de integrar o custo da consulta na globalidade, passando a integrar os custos do hospital de dia.

³⁹ Foram seleccionadas, pelo método de amostragem por blocos, as quatro especialidades que apresentavam listas de espera mais significativas nas consultas no 1º trimestre de 2002.



01

Dos testes realizados nas áreas seleccionadas⁴⁰, verificou-se que os dias de espera para obtenção de consulta não coincidiam nem com a informação fornecida pelos hospitais nem com a simulação realizada, existindo, mesmo, diferenças muito acentuadas.

De um modo geral, podemos dizer que os desvios evidenciados nos gráficos anteriores e nos testes, são demonstrativos da falta de fidedignidade no sistema de marcação de consultas, da deficiente informação recolhida junto do serviço e também da existência de realização de consultas à margem do processo normal de marcação.

Relativamente à existência de consultas à margem do processo de marcação, o anterior CA do HNSR, em sede de contraditório, esclarece que “*são episódios pontuais e sem significado, como por exemplo o atendimento de doentes após o internamento ou atendimento em urgência e que por qualquer motivo espontaneamente procuraram o seu médico para tratamento de eventuais complicações ou as consultas realizadas a funcionários do Hospital*”.

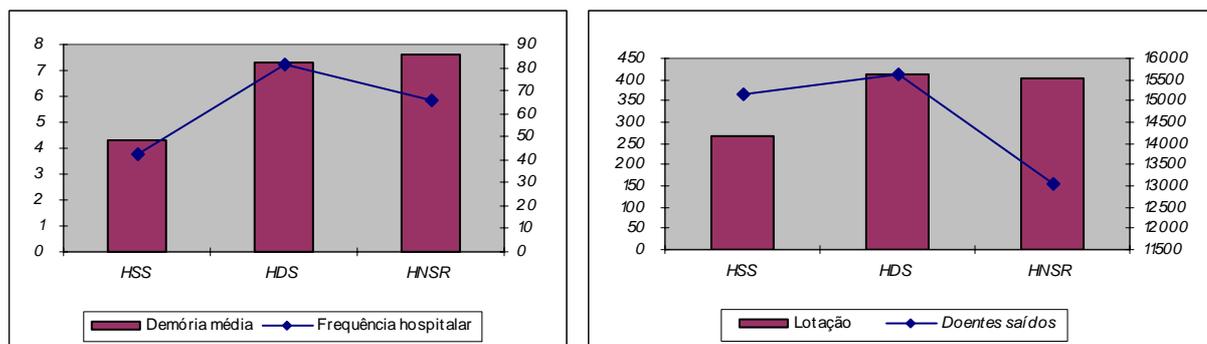
Informam, também, que “*...a partir de 2002 a lista de espera passou a ser monitorizada mensalmente ao nível da Unidade de Saúde de acordo com os dados fornecidos pelos Centros de Saúde.*” e que “*O sistema de gestão foi progressivamente flexibilizado e, em resultado, passou a permitir gerir as listas de espera em função da situação clínica do doente e a situá-las, com excepção de 2 especialidades, Oftalmologia e Dermatologia, dentro do tempo clinicamente aceitável*”.

Regista-se com apreço a referência às medidas implementadas a partir de 2002.

◆ Internamento

No triénio 1999/2001, o HSS foi o hospital com melhores resultados na relação demora média/frequência hospitalar vs. doentes saídos por cama. Esta situação é justificada pela existência de um serviço de apoio domiciliário que, por sua vez, gera uma maior rotatividade na utilização das camas existentes. Assim, este hospital, com uma demora média e frequência hospitalar menores que nos hospitais de Santarém e Barreiro, conseguiu um número mais elevado de doentes saídos por cama.

Da análise comparativa ao desempenho do Serviço de Internamento, nos últimos três anos, nos hospitais seleccionados, obtiveram-se os seguintes resultados:



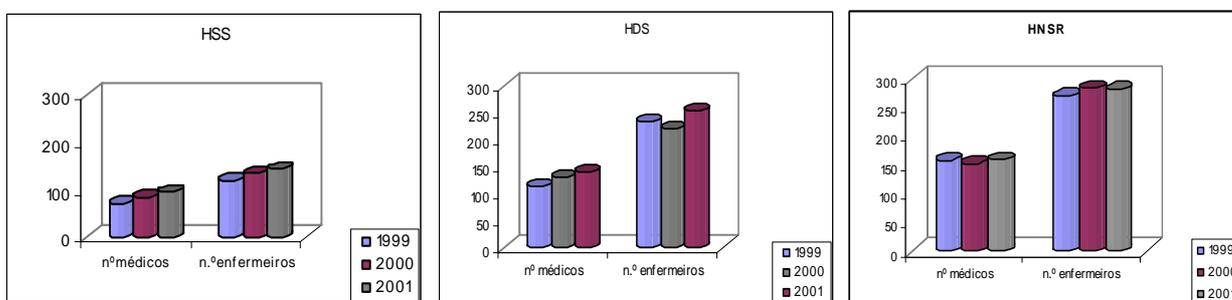
⁴⁰ De acordo com o método de amostragem definido no Programa de Trabalho não foram seleccionadas as especialidades de ORL e de Ginecologia, no HNSR, para efeitos de simulação por apresentar um número de doentes inferior em relação às restantes especialidades.



61

O incremento de doentes saídos (28,4%) é sensivelmente proporcional ao aumento de efectivos no HSS (33% de médicos e 21% de enfermeiros), o que quer dizer que o número de doentes saídos por médico/enfermeiro sofreu uma ligeira diminuição no triénio de 1999/2001.

No HNSR, o número de médicos foi sensivelmente o mesmo no triénio, enquanto o número de enfermeiros subiu cerca de 4%, tendo-se mantido o número de doentes saídos quase inalterado. Já no HDS o crescimento da actividade em 2,3% de doentes saídos foi alcançado pelo aumento de médicos em 8,5%, tendo, todavia, diminuído a produtividade.



No que diz respeito ao custo unitário por doente saído, houve um aumento acentuado, ao longo do triénio, em qualquer dos três hospitais, mas é o HSS que apresenta valores inferiores⁴¹. Este aumento deveu-se em grande parte, no HSS, ao crescimento dos custos indirectos; no HDS contribuíram para o aumento tanto os custos directos como os indirectos; e no HNSR, o aumento deveu-se ao acréscimo dos custos directos.

Considerando o peso predominante proveniente da Urgência no internamento, em qualquer dos três hospitais (com especial destaque para o hospital de Santarém que atingiu, em 2001, 72,2%), e a actividade cirúrgica programada (vide ponto 6.1.4), deverão os hospitais preparar o planeamento por forma a não condicionar essa actividade, isto é, na programação o hospital deverá entrar em linha de conta com uma percentagem para as cirurgias via urgência, caso contrário, afectará a realização das cirurgias programadas.

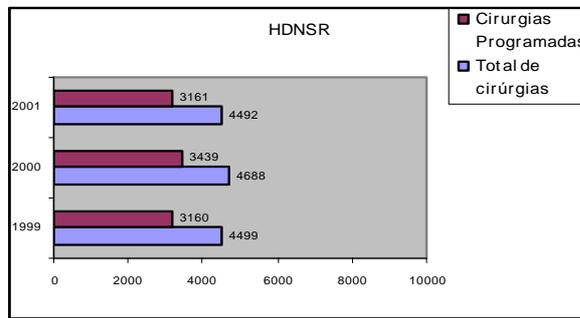
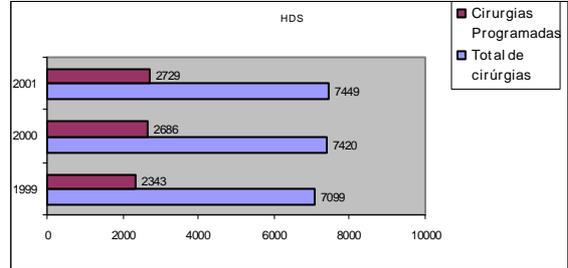
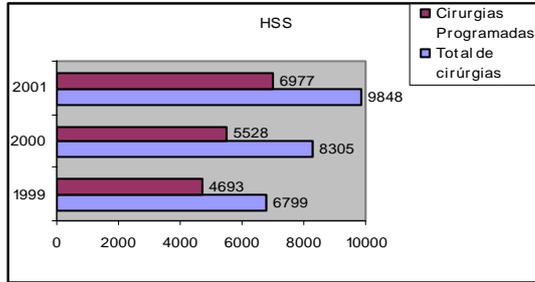
◆ Actividade Cirúrgica

Na actividade cirúrgica, o HSS e o HDS apresentam, ao longo dos três anos, um crescimento global, sendo esse crescimento mais significativo no HSS. No HNSR regista-se um crescimento, pouco expressivo, no ano de 2000.

⁴¹ No HSS o custo unitário por doente saído foi, nos anos de 1999, 2000 e 2001, respectivamente, de **1.066,39€** (213.792\$00), **1.432,31 €** (287.154\$00) e **1.572,84 €** (315.327\$00); no HDS de **1.611,62 €** (323.100\$00), **1.840,15€** (368.917\$00) e de **2.050,62 €** (411.112\$00); e no HNSR, que registou o valor mais elevado, de **1.769,83 €** (354.819\$00), **1.955,23 €** (391.989\$00) e de **2.116,13 €** (424.245\$00).

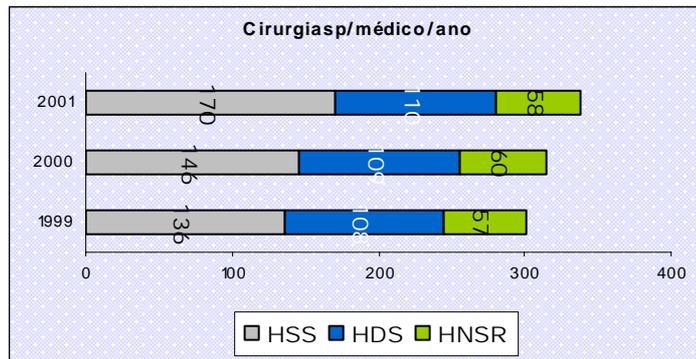


01



Quanto ao indicador de produtividade *número de cirurgias por médico*, também aqui é o HSS que rentabiliza melhor os seus recursos, tendo conseguido, com um menor número de médicos⁴²realizar, em média no triénio, mais 41 e 92 cirurgias por médico/ano do que o HDS e o HNSR, respectivamente.

Convém referir que a quebra da actividade cirúrgica ocorrida no HNSR, em 2001, deveu-se, em parte, ao fecho do Bloco de Partos para execução de obras. Tal situação provocou um desvio da actividade para um dos quatro Blocos Operatórios existentes.



No que respeita à utilização dos blocos operatórios e sua rentabilização, a equação não pode ser apreciada exclusivamente numa vertente, como por ex. o horário dos médicos, já que existem outros grupos profissionais envolvidos, com reflexos no aumento, maior ou menor, da produtividade dos blocos operatórios.

⁴² O número de médicos no HSS em 1999, 2000 e 2001, foi de, respectivamente, 50,57 e 58. Enquanto que no HDS foi de 66, 68 e 68 e no HNSR de 79,78 e 78.



Tribunal de Contas

01

Como é sabido, estas instalações têm custos elevados, mesmo quando não estão a funcionar, por isso, há que estender ao máximo a sua utilização efectiva, com, obviamente, intervalos necessários para as respectivas substituições das equipas, limpezas e desinfecções.

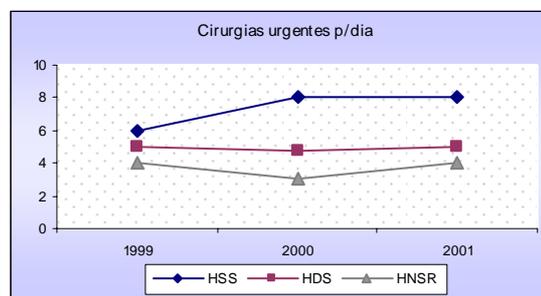
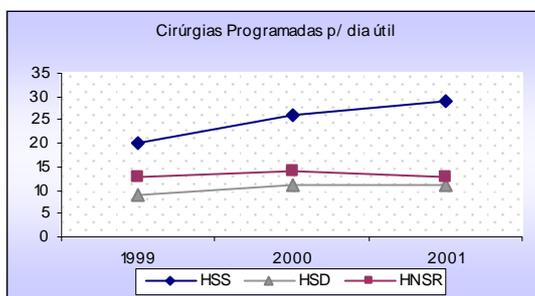
Considerando o número de salas de bloco existente em cada um dos hospitais⁴³, a actividade cirúrgica evolui da seguinte forma: no HSS, foram realizadas por sala **1360** (1999), **1661** (2000) e **1641** (2001) cirurgias, por sua vez, o HDS, realizou **1183** (1999), **1431** (2000) e **1423** (2001), enquanto o HNSR efectuou **1125** (1999), **1172** (2000) e **1123** (2001).

Dos três hospitais em comparação, o HSS volta a sobressair sendo o mais produtivo, conseguindo rentabilizar melhor a utilização das salas de bloco realizando em média (no triénio) cerca de 23 cirurgias programadas por dia útil e 7 cirurgias urgentes por dia, contra 10 e 5, no HDS e 13 e 4, no HNSR.

⁴³ Sem contar com os blocos de partos. No HSS existem actualmente 6 tendo, em 1999 e 2000, funcionado com 5; no HDS existem 6 salas e 4 no HNSR.



01



No que respeita aos custos por intervenção cirúrgica, no HSS registou-se um decréscimo ao longo do triénio de 26,4% (de 909,73€ para 669,61€); no HDS o custo por intervenção sofreu um aumento, de 1999 para 2000, de 6,9% (de 612,79€ para 655,14€) e um decréscimo no ano seguinte de cerca de 8,9%; no HNSR os custos aumentaram, ao longo dos três anos, passando de 647,70€, em 1999, para 768,38€, em 2001.

Relacionadas com esta actividade e com a insuficiência do sistema, estão as listas de espera, que o Ministério da Saúde tem tentado combater com Programas, nomeadamente o Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE)⁴⁴, o Programa para a Promoção do Acesso (PPA)⁴⁵ e, mais recentemente, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)⁴⁶.

O problema das listas de espera cirúrgicas é, sem dúvida, uma questão complexa que na sua apreciação deverá incluir diversos indicadores, tais como, o acesso às consultas, a evolução da capacidade instalada em termos de recursos humanos e de meios tecnológicos, a produtividade corrente e a efectividade dos programas de recuperação. Dada a complexidade inerente, não se procedeu a uma apreciação com cruzamento de todos esses indicadores, mas apenas a uma constatação da adesão dos hospitais ao PPA e a percentagem de cirurgias realizadas ao abrigo desse Programa face à actividade normal do hospital.

Os três hospitais em análise aderiram ao PPA, nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Oftalmologia, ORL, Ortopedia e Urologia, com o objectivo de reduzir o número de doentes em espera que, no final do ano de 2001, atingiam **2121** no **HSS**, **2102** no **HDS** e **1824** no **HNSR**.

Para avaliarmos a produtividade por médico na actividade normal e no programa especial de recuperação de listas de espera, analisou-se a questão em duas vertentes:

- O peso das cirurgias realizadas ao abrigo do PPA face à actividade cirúrgica normal no hospital; e
- O peso na actividade normal das especialidades e do programa especial de recuperação de listas de espera.

⁴⁴ Criado pelo Despacho do Ministro da Saúde de 31 de Janeiro de 1995, publicado na IIª série DR de 1 de Março.

⁴⁵ Criado pelo Despacho n.º 5804/99, de 22 de Março.

⁴⁶ Criado pela resolução de Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 25 de Maio.



Tribunal de Contas

61

Nos quadros seguintes podemos observar: a evolução das listas de espera no triénio 1999/01, o total de cirurgias realizadas, o número de cirurgias realizadas ao abrigo do Programa e o peso em relação à actividade normal dos hospitais e, descendo às especialidades às quais o hospital aderiu para recuperação das listas de espera; a actividade normal e a actividade do Programa nas especialidades aderentes, i.e., o número de cirurgias realizadas numa e noutra actividade, com o mesmo número de médicos.

Quadro IV

Hospital	Evolução listas de espera (1)			Total de Cirurgias (2)			PPA (3)			Peso % do PPA /Total cirurgias (3)/(2)		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
HSS	a)	2202	2121	6.799	8.305	9.848	36	362	331	0,5	4,3	3,4
HDS	b)	b)	2102	4.293	4.640	4.668	273	1169 ⁴⁷	1090	6,4	25,2	23,4
HNSR	1584	1651	1824	4.499	4.688	4.492	c)	106	160	---	2,3	3,6

a) Ano de abertura do hospital.

b) O Hospital não dispõe destes elementos.

c) A sua adesão apenas ocorreu em Setembro de 2000.

Quadro V

Ano	Hospital	Cirurgia Geral		Ginecologia		Oftalmologia		ORL		Ortopedia		Urologia	
		Normal	PPA	Normal	PPA	Normal	PPA	Normal	PPA	Normal	PPA	Normal	PPA
1999	HSS	1963	7	531	---	659	6	670	23	1767	---	226	---
	HDS	1391	176	284	---	159	---	205	---	1030	52	276	45
2000	HSS	2354	88	891	---	808	43	707	201	2042	30	398	---
	HDS	1479	731	309	70	186	46	236	64	1076	192	309	66
	HNSR	1678	74	---	---	300	20	---	---	---	---	373	12
2001	HSS	2820	28	948	---	1035	---	1047	157	2502	146	357	---
	HDS	1501	658	335	51	171	---	247	87	1097	222	293	72
	HNSR	1693	112	626	4	248	22	---	---	871	22	---	---

Face aos resultados obtidos podemos concluir que:

- O acréscimo de produtividade habitual (dentro do horário normal) no Hospital de São Sebastião manteve-se nos anos em apreço, ou seja, a actividade normal não foi influenciada durante o período de execução do PPA. Este, por seu lado, teve um sentido evolutivo descendente, assim como, as listas de espera;
- Contrariamente, no HNSR, de 2000 para 2001, houve um decréscimo da produtividade normal na especialidade de Oftalmologia e um ligeiro acréscimo na Cirurgia Geral, registando-se um aumento quer na actividade do PPA quer nas listas de espera;
- O HDS em 2001 sofreu um decréscimo na produtividade normal nas especialidades de Oftalmologia e Urologia, verificando-se que apenas nesta última existiram cirurgias realizadas ao abrigo do PPA, as quais sofreram um ligeiro acréscimo.

⁴⁷ O HDS aderiu também à especialidade de Cirurgia Vascular realizando 38, 181 e 208 intervenções.



- O hospital que apresentou maior percentagem de cirurgias realizadas ao abrigo do PPA, face à actividade normal, foi o HDS.

Naturalmente que, a observação de dois anos é insuficiente para retirar conclusões definitivas, mas poderá ser utilizada como um indicador de leitura a ser acompanhado de forma próxima para avaliar os efeitos dos programas de recuperação de listas de espera sobre a actividade normal e a dimensão da lista de espera por especialidade.

Os programas de recuperação das listas de espera não devem substituir-se ou serem impeditivos de uma produtividade normal e programada dos serviços. A adesão ao Programa demonstra afinal que não só existe capacidade instalada para fazer intervenções como também se pode proceder a uma melhor utilização dos blocos operatórios.

Relativamente a esta matéria, a ARSLVT nas suas alegações vem informar “...*que o modelo de protocolo de contratualização da actividade cirúrgica em horário acrescido praticado com os hospitais desta ARSLVT salvaguarda a obrigatoriedade de os Conselhos de Administração desses hospitais garantirem, no mínimo, a manutenção dos valores históricos da produção cirúrgica programada em horário normal, por forma a se evitarem situações menos transparentes. Na sequência da deliberação do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de Abril, publicada no DR n.º 121, de 25 de Maio de 2002, criou o CA da ARSLVT uma Equipa Multidisciplinar para implementação e acompanhamento deste programa especial. A esta Equipa, actualmente integrada no âmbito da Agência de Contratualização, incumbe a monitorização semanal quer de listas de espera cirúrgicas de todos os Hospitais da ARSLVT, quer da respectiva produção cirúrgica, tanto em horário normal como em horário acrescido.*

Acresce ainda referir que, na realidade, a maior parte dos doentes contemplados na lista de espera encerrada a 30 de Junho de 2002 (Lista “PECLEC”) têm vindo a ser operados em horário normal, sem acréscimo de custos para o SNS”.

A presente informação em nada vem alterar as conclusões inicialmente expressadas, mantendo-se, assim, a integralidade do texto.

6.2 – Comparação dos Resultados com Padrões de Referência Europeus: Espanha e Reino Unido⁴⁸

Embora a realização de comparações seja um exercício delicado, pela pouca homogeneidade dos indicadores entre países, apresenta-se de seguida o confronto de alguns valores para os três hospitais auditados com os hospitais da rede pública espanhola INSALUD e do Reino Unido.⁴⁹

O sistema INSALUD considera cinco grupos de hospitais. O grupo 1 abarca os pequenos hospitais (menos de 200 camas e 100 médicos). O grupo 2 inclui os hospitais gerais de área,

⁴⁸ Vide Relatório do Consultor Externo “Os Sistemas Nacionais de Saúde de União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”.

⁴⁹ Estes hospitais não abrangem toda a rede hospitalar espanhola, uma vez que os sistemas de saúde descentralizados para o nível da região não se encontram incluídos.



os mais aproximados aos hospitais distritais portugueses, e o ponto de comparação natural para os hospitais incluídos na auditoria. O grupo 3 é constituído pelos hospitais gerais de maior dimensão, e com alguns serviços especializados. O grupo 4 contém os hospitais de elevada tecnologia, equivalentes aos hospitais centrais na terminologia nacional. Finalmente, o grupo 5 cobre os hospitais especializados e com características particulares. Toma-se o ponto médio como referencial, em lugar de se usarem pontos extremos da distribuição como aproximação à melhor prática.

Nem todos os indicadores se encontram disponíveis, nomeadamente os referentes à produtividade de recursos humanos. Em termos de actividade desenvolvida, a primeira constatação é a de um maior volume de urgências em qualquer um dos três hospitais portugueses do que a média nos hospitais do grupo 2, tendo em contrapartida uma menor intensidade de utilização de consultas externas. Há uma menor importância relativa das consultas dos hospitais portugueses face aos hospitais do sistema INSALUD. Esta característica é comum aos três hospitais mas menos acentuada no caso do Hospital de S. Sebastião. A situação diferente do HSS no contexto dos hospitais portugueses é bem visível quer na maior intensidade de consultas por dia quer na própria percentagem de primeiras consultas (que é mesmo a mais elevada dentro do conjunto de informação apresentado).

No que se refere ao internamento, a demora média nos hospitais do Barreiro e de Santarém não é muito distinta da média do grupo 2 dos hospitais INSALUD. Contudo, o valor para o HSS é substancialmente inferior quer aos outros valores dos hospitais portugueses quer à demora média dos hospitais espanhóis.

Em termos de taxa de ocupação, esta é sensivelmente a mesma nos hospitais portugueses, mas consistentemente mais elevada em Espanha.

Quanto a indicadores de eficiência e produtividade, o HSS é o que apresenta melhor valor para o rácio “doentes saídos por cama”, quer dentro dos três hospitais nacionais quer na comparação com o hospital médio do grupo 2 do INSALUD.

De resto, na actividade cirúrgica, o Hospital de São Sebastião surge com os melhores indicadores de produtividade, sobrepondo-se claramente aos restantes hospitais (portugueses e grupo 2 espanhol). O HNSR e o HDS apresentam-se relativamente próximos dos hospitais espanhóis do grupo 2.

Daqui ressalta que em termos de eficiência produtiva, o HSS apresenta melhores índices de produtividade que a média dos hospitais espanhóis do sistema público INSALUD de dimensão próxima. Por outro lado, os hospitais do Barreiro e Santarém embora nalgumas dimensões se encontrem mais longe do padrão INSALUD, não se pode afirmar categoricamente que são claramente inferiores em termos de eficiência medida pelos indicadores apresentados.

Para obter uma imagem sumária de cada hospital português face ao valor médio dos hospitais do grupo 2 INSALUD, as figuras seguintes ilustram o melhor desempenho do HSS, e alguma equivalência entre países nos indicadores públicos.



Figura 9: Análise de eficiência comparada – Espanha

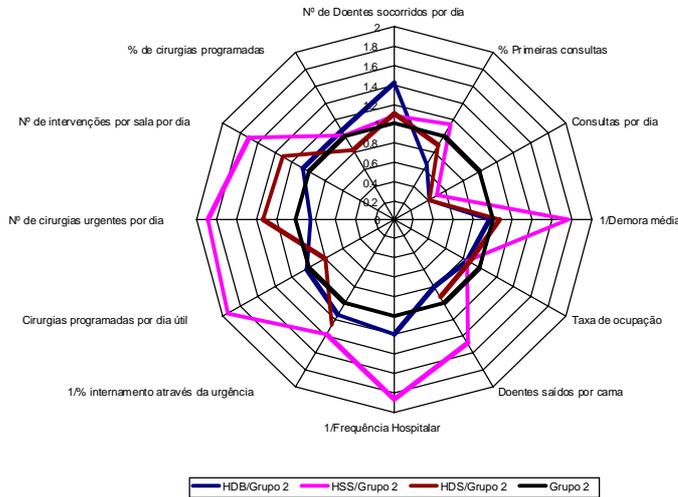
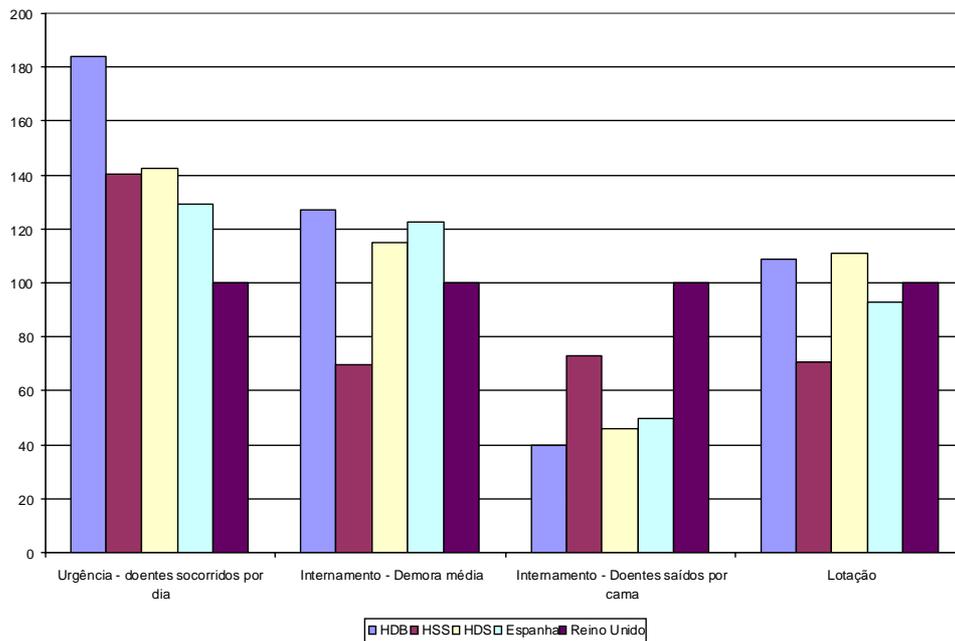


Figura 10: Indicadores comparados – Reino Unido e Espanha



Para o Reino Unido, os valores apresentados baseiam-se em 31 hospitais, com um número de camas entre as 200 e as 450, para considerar unicamente hospitais de dimensão semelhante. Constata-se que não há domínio de um país ou um hospital em termos destes quatro indicadores, embora o HSS apresente, em média, os melhores indicadores dos hospitais nacionais. Os valores, mesmo que ineficientes, dos três hospitais portugueses encontram-se próximos, em ordem de magnitude, aos da experiência internacional reportada.



01

6.3 - Resultados Qualitativos

6.3.1 – Indicadores Técnicos de Qualidade

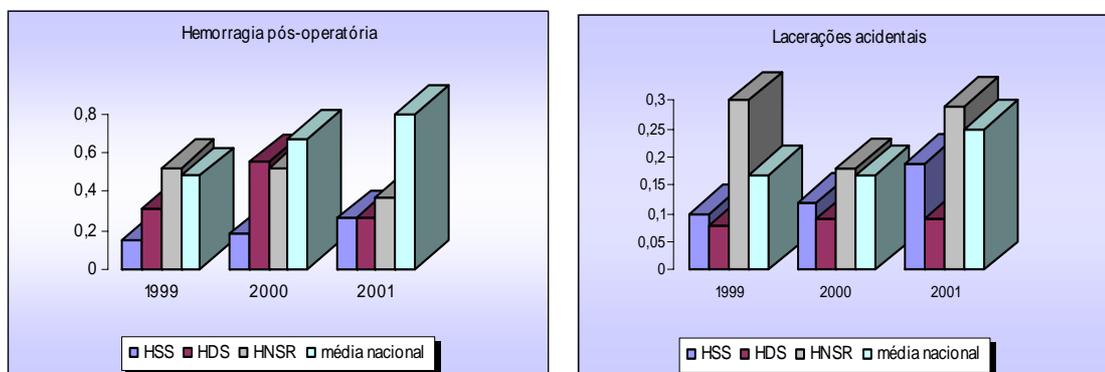
Com o objectivo de proceder a uma avaliação técnica da qualidade das prestações assistenciais, o IGIF elabora, anualmente, um documento com o tratamento da informação enviada pelos hospitais sobre o sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), o qual permite aprofundar o conhecimento sobre a produção no internamento.⁵⁰ Nesse documento -Informação de Retorno- é determinada uma classificação, para efeitos de comparação dos indicadores e definida uma grelha de avaliação da qualidade dos dados.

Do conjunto de indicadores constante na Informação de Retorno do IGIF, foram seleccionados os seguintes:

- ▷ *Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos;*
- ▷ *Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos;*
- ▷ *Percentagem de óbitos em GDH seleccionados.*

▼ *Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos*

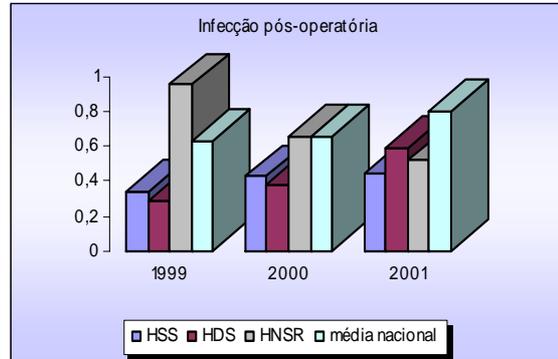
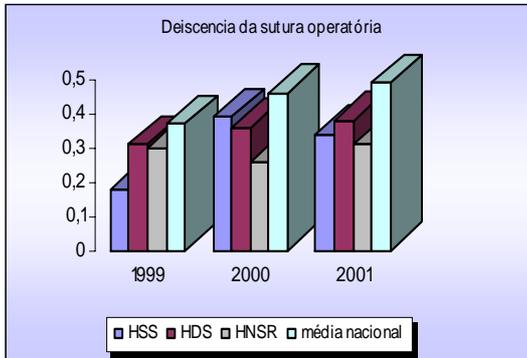
Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos



⁵⁰ Os GDH tiveram a sua origem na Universidade de Yale, nos EUA, onde foram criados e desenvolvidos os “Diagnostic Related Groups (DRG)”. Segundo L.M. Machado in “Financiamento e Gestão do Hospital de São Marcos no Contexto dos Hospitais Públicos Portugueses. Tese de Mestrado”, os pressupostos dos GDHs são: 1) dados relativos aos doentes recolhidos sistematicamente nos resumos de alta hospitalar; 2) número razoável de GDHs (inferior a 500), englobando todos os doentes internados; e 3) cada GDH deve conter doentes com padrões semelhantes, quer ao nível dos consumos de recursos, quer ao nível da perspectiva clínica. Pode dizer-se que o GDH é o único instrumento de valoração dos cuidados de saúde prestados nos hospitais sendo a base de medição da produção e consequentemente a base de facturação aos subsistemas e a terceiros. Actualmente, a tabela de preços a cobrar pelo SNS com cuidados de saúde, encontra-se prevista na Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro.



01

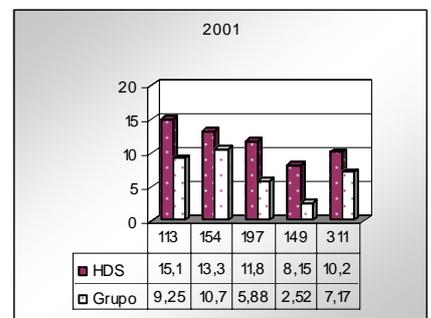
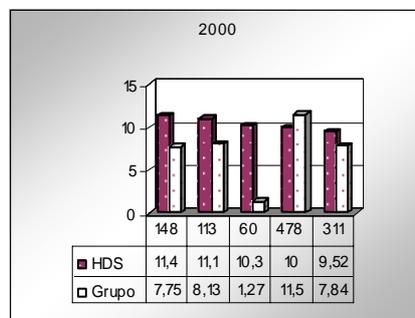
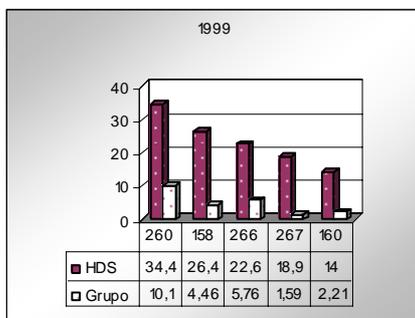
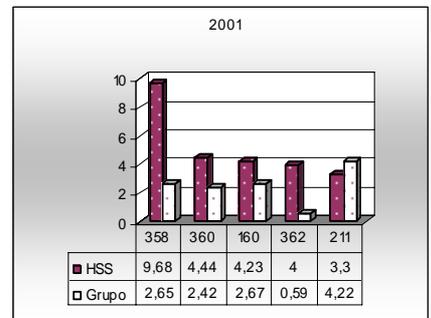
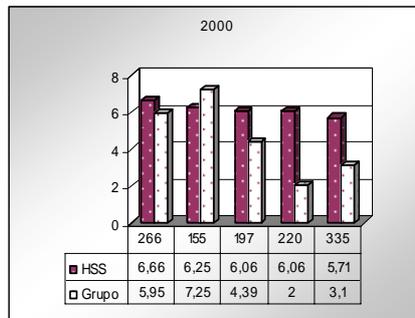
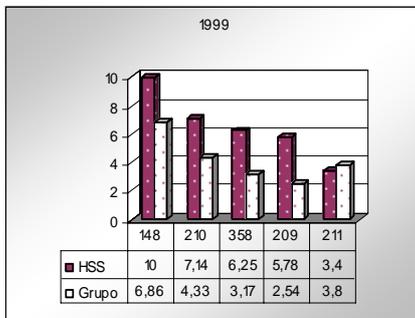


Relativamente à média nacional, somente o HNSR esteve acima da média no tipo de complicação *hemorragia pós-operatória* e *infecção pós-operatória*, em 1999, e no tipo de complicação *lacerações acidentais*, em 2000 e 2001. Os outros dois hospitais apresentam, nos três anos, percentagens inferiores à média nacional.

▼ Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos

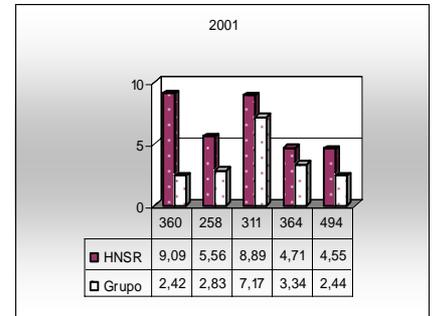
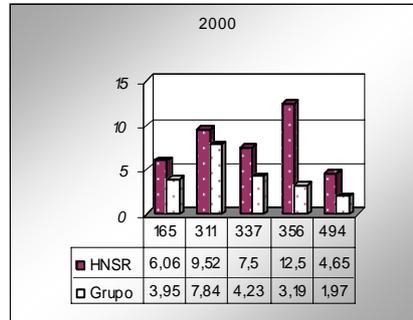
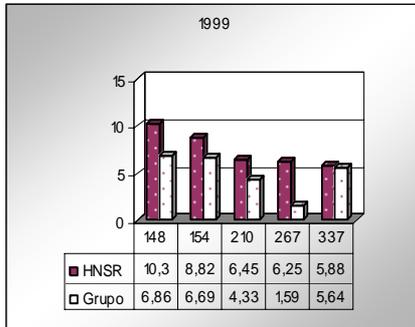
Na percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos, os 5 GDH que mais contribuíram, em 1999, 2000 e 2001, nas três instituições foram os que constam dos gráficos seguintes.

Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos





01



Ressalta da análise dos gráficos que:

- Em cada um dos hospitais, a percentagem de readmissões é, na maioria dos GDH, superior em relação ao seu Grupo⁵¹.
- As taxas de readmissões são claramente superiores no HDS, o que, em termos gerais, indicia menor qualidade neste hospital. Contudo, as percentagens verificadas em 1999 não são tão acentuadas nos anos seguintes (2000 e 2001).
- No HSS, os GDH que apresentaram um número de readmissões mais elevado foram o **209** (*Grandes procedimentos nas articulações e reimplantação, membro inferior*), o **165** (*Apendicectomia c/diagnóstico principal compli., s/CC*) e o **231** (*Excisão local/remoção de meios de fixação interna, excepto anca/fémur*), tal como acontece no HNSR, em que os GDH **148** (*Grandes procedimentos no intestino delgado e intestino grosso, c/CC*), o **209** (*Procedimentos nas grandes articulações e reimplantação do membro inferior*), o **311** (*Procedimentos transuretiais, s/CC*) e o **364** (*Dilatação e curetagem, conização, excepto por doença maligna*) registaram, igualmente, um maior número de readmissões.

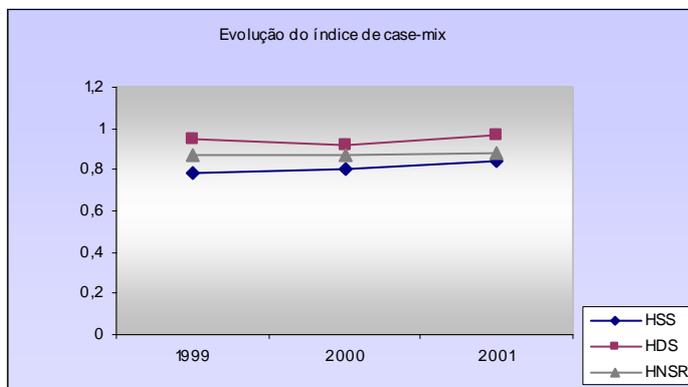
Convém, todavia, e uma vez que estamos perante indicadores de avaliação da qualidade, fazer uma leitura dos gráficos anteriores com a evolução do índice de *case-mix*⁵² dos três hospitais.

⁵¹ Conjunto de hospitais com características assistenciais idênticas, segundo princípios definidos pelo IGIF.

⁵² Indicador que reflecte o nível de complexidade das situações tratadas no Internamento. Conforme é referido na dissertação de Mestrado de Francisco José M. Flor Franco, in “Eficiência Comparada dos Serviços Hospitalares: O método de fronteira estocástica”, a classificação da produção hospitalar surge devido à natureza multiproducto do tratamento de doentes internados. Nem todos os casos tratados são homogêneos, na medida em que o tipo de tratamento depende, entre outras coisas, do diagnóstico do doente. Existem duas abordagens diferentes de incorporação da heterogeneidade dos produtos na medição do output hospitalar. A 1ª trabalha com categorias de output múltiplas, as quais são construídas com base num esquema de *case-mix*. A 2ª, apesar de entrar em linha de conta com os diagnósticos e com outras características dos doentes, tenta construir uma única unidade de medida do *case-mix* hospitalar, através da utilização de um índice de *case-mix*.



01



A leitura do gráfico mostra-nos as diferenças relativamente à complexidade dos doentes tratados nas três unidades, concluindo-se que é o HDS (0,95-0,92-0,97) quem apresenta um índice de case-mix mais elevado, logo as diferenças mais acentuadas, seguindo-se o HNSR (0,87-0,87-0,88) e, por último, o HSS (0,78-0,80-0,84).

▼ Percentagem de óbitos em GDH seleccionados

Quanto ao indicador *Percentagem de óbitos em GDH seleccionados*, em doentes com idade ≤ 65 anos e >65 anos, seleccionaram-se os sete primeiros, comuns aos três hospitais:

Quadro VI- Percentagem de óbitos em GDH seleccionados
Doentes com idade ≤ 65 anos

GDH	Designação	Ano	Diferença HSS - Grupo	Diferença HDS - Grupo	Diferença HNSR - Grupo
14	Perturbações Cerebrovasculares específicas, excepto acidentes Isquémicos transitórios	1999	2,83	-2,40	5,78
		2000	3,8	1,98	5,15
		2001	4,71	4,07	3,97
87	Edema pulmonar e insuficiência respiratória	1999	-4,80	-	-
		2000	17,69	-	-
		2001	-	-5,85	6,65
89-90	Pneumonia e pleurisia simples, idade >17	1999	-0,20	4,63	2,26
		2000	0,33	3,29	2,51
89	Pneumonia e pleurisia simples, idade >17 com CC	2001	-	6,02	3,41
90	Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17, sem CC	2001	4,10	-0,41	8,07
121-123	Doenças circulatorias com EAM	1999	4,11	1,60	3,96
		2000	1,91	-2,46	0,57
		2001	-	-	-
127	Insuficiência cardíaca e choque	1999	2,00	1,86	2,38
		2000	1,2	2,31	-3,92
		2001	2,04	10,70	-3,91
385	Recém-nascido, morto	1999	12,17	-11,83	-4,72
		2000	3,77	-14,41	-14,41
		2001	20,33	2,80	-15,38
148	Grandes procedimentos no intestino delgado e intestino grosso, c/CC	1999	-	-9,27	-0,94
		2000	-	0,10	8,43
		2001	-2,01	-3,42	10,38



01

Quadro VII - Percentagem de óbitos em GDH seleccionados
Doentes com idade >65 anos

GDH	Designação	Ano	Diferença HSS - Grupo	Diferença HDS - Grupo	Diferença HNSR - Grupo
14	Perturbações Cerebrovasculares específicas, excepto acidentes Isquémicos transitórios	1999	1,6	1,40	2,20
		2000	-1,3	3,00	7,30
		2001	-2,07	3,82	3,07
27	Estupor e coma traumática, coma >1 hora	1999	a)	-21,00	-
		2000	-	4,10	-
		2001	-4,97	-6,76	-
87	Edema pulmonar e insuficiência respiratória	1999	-9,5	7,20	a)
		2000	14,4	-	16,90
		2001	-8,51	-	-0,36
89-90	Pneumonia e pleurisia simples idade >17.	1999	1,6	19,10	5,40
		2000	0,20	17,80	6,50
89	Pneumonia e pleurisia simples idade >17, c/CC	2001	10,89	13,81	4,54
90	Pneumonia e pleurisia simples, idade >17 s/CC	2001	-	7,38	-1,71
121-123	Doenças circulatorias com EAM	1999	-1,3	-2,80	22,40
		2000	2,5	-3,10	-3,10
		2001	-	-	-
127	Insuficiência cardíaca e choque	1999	-5,0	5,30	4,70
		2000	0,60	8,70	-0,50
		2001	-4,4	9,38	-3,11
148	Grandes procedimentos no intestino delgado e intestino grosso, c/CC	1999	7,4	3,30	2,40
		2000	-3,4	-1,70	-1,20
		2001	-7,01	2,74	-0,90

a) Não são calculadas as percentagens quando o número de observações for <5
Fonte: Sistema de classificação de doentes em GDH/Informação de retorno do IGIF.

Analisando os resultados obtidos pelos hospitais em comparação com os do grupo, no que se refere ao indicador *Percentagem de óbitos em GDH*, apresentados nos quadros anteriores, podemos retirar as seguintes conclusões:

- No HSS, a maior diferença na percentagem de óbitos regista-se no GDH 385, em 1999 e 2001, e no GDH 87, em 2000, este tanto em doentes com idade ≤65anos como em doentes com > de 65 anos;
- No HDS, a diferença mais acentuada incide no GDH 89-90 e no 127, quer em doentes com idade ≤65anos como nos doentes com > de 65 anos;
- No HNSR, o GDH 148 (em 2001), em doentes com idade ≤65anos, é o que apresenta uma diferença de percentagem mais significativa, enquanto nos doentes com > de 65 anos, os GDH 121-123 (em 1999) e os 14 e 87 (em 2000) que apresentavam uma diferença mais acentuada surgem em 2001 em posições bastante favoráveis.

Ficam, igualmente, evidenciadas nos quadros anteriores algumas situações em que a percentagem de óbitos do hospital face ao grupo é de 0% nos três anos em apreço (cfr. o HDS no GDH 87, nos doentes com idade ≤65 anos e o HNSR no GDH 27, nos doentes com idade >65 anos), o que representa melhores resultados do que os do Grupo.

► *Comparação do Grau de Concentração da Actividade Hospitalar*

Para avaliar o grau de concentração da actividade dos três hospitais num conjunto de actos médicos praticados, seleccionou-se, do ano de 2001, um conjunto de GDH (15 primeiros



61

com maior número de doentes saídos), e das especialidades seleccionadas na área do Internamento (Ortopedia, Medicina e Cirurgia).

	GDH			Doentes Saídos			Demora média			Nacional
	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR	
1º	373	391	391	1959	1472	1371	2,6	2,6	3,0	3,0-2,9
2º	391	373	373	1445	1276	1069	2,8	2,8	2,8	2,9-3,0
3º	390	14	371	1060	701	505	3,3	8,3	4,8	3,9-10,8-5,0
4º	371	371	184	797	418	468	4,1	5,6	2,6	5,0-2,8
5º	39	127	359	556	388	365	1,0	7,9	4,9	2,9-9,2-5,8
6º	14	209	390	419	282	271	7,7	14,7	3,5	10,8-14,6-3,9
7º	119	390	381	337	240	258	1,1	4,0	1,8	2,5-3,9-1,8
8º	162	208	98	336	216	240	1,2	7,6	4,3	3,1-6,3-4,9
9º	389	119	39	306	215	209	6,2	1,3	3,5	8,3-2,4-2,9
10º	209	162	372	285	212	202	7,0	3,0	3,2	14,6-3,1-4,7
11º	359	29	162	270	200	172	4,0	2,3	4,2	5,8-5,0-3,1
12º	60	167	91	257	191	168	1,1	4,1	6,9	2,0-3,4-6,4
13º	55	89	209	250	185	158	1,7	9,8	11,9	3,7-10,5-14,6
14º	381	116	14	246	168	152	1,2	6,0	15,8	1,8-5,3-10,8
15º	361	101	127	240	167	152	1,4	9,0	10,7	3,0-9,8-9,20

Ressalta do quadro anterior que, no ano de 2001, a actividade do HSS e do HNSR concentrou-se nas Grandes Categorias de Diagnósticos (GCD) 13 (*Doenças e perturbações do aparelho genital feminino*) 14 (*Gravidez, parto e puerpério*) e 15 (*Recém-nascidos e lactentes com afecções do período perinatal*). No HDS, já não podemos falar propriamente de concentração da actividade numa ou noutra GCD, atendendo à diversidade de patologias tratadas.

Porém, se tivermos em conta o índice de concentração de actividade, calculado pela soma dos quadrados do peso de cada GDH no conjunto dos quinze⁵³, verificamos que os valores não são muito diferentes de hospital para hospital (0,115771370 – HSS; 0,126077850 – HDS e 0,12179139 – HNSR).

Comparada a demora média do HSS com a média nacional e com a demora média dos outros dois hospitais nos GDH comuns, verificamos que este hospital apresenta valores inferiores em todos eles, contrariamente ao HDS e HNSR em que seis GDH apresentam uma demora média superior à média nacional.

⁵³ Ou seja, fazer uma soma ponderada do peso de cada GDH nos 15 mais importantes, em que o ponderador é o próprio peso.



01

	<i>Ortopedia</i>								
	<i>GDH</i>			<i>% Doentes Saídos</i>			<i>Demora média</i>		
	<i>HSS</i>	<i>HDS</i>	<i>HNSR</i>	<i>HSS</i>	<i>HDS</i>	<i>HNSR</i>	<i>HSS</i>	<i>HDS</i>	<i>HNSR</i>
1º	209	209	209	10,33	20,20	12,64	6,8	15,9	11,8
2º	219	211	211	8,10	12,48	9,90	3,3	15,5	12,5
3º	229	219	6	7,86	7,22	8,45	1,6	13,7	1,4
4º	503	231	219	7,03	6,73	7,09	2,8	4,1	9,5
5º	231	254	229	6,74	6,73	5,48	2,5	3,7	1,3
6º	211	210	227	6,21	4,60	4,51	5,1	21,5	2,4
7º	224	224	270	6,21	4,27	4,03	1,7	5	1,5
8º	225	503	224	4,41	3,78	3,62	3,2	5	3,9
9º	6	243	225	3,54	3,28	3,46	1,5	9,5	5,2
10º	227	229	254	2,76	3,12	3,30	2,1	3,6	5,9
11º	441	236	231	2,71	2,30	3,14	1,3	16,6	3,5
12º	232	218	503	2,42	2,13	3,06	2,5	20,3	4,2
13º	222	225	243	2,23	1,97	2,58	2,8	6,3	13,4
14º	500	253	261	1,89	1,64	1,77	4,3	9,5	2,9
15º	243	217	236	1,84	1,64	1,77	1,9	28,4	16,6

Dos quinze GDH apresentados no quadro anterior, nove são comuns aos três hospitais. Comparando as demoras médias dos três hospitais nestes GDH, constata-se que é o HSS o que obtém menor demora média, com excepção apenas no GDH 229.

	<i>Cirurgia Geral</i>								
	<i>GDH</i>			<i>% Doentes Saídos</i>			<i>Demora média</i>		
	<i>HSS</i>	<i>HDS</i>	<i>HNSR</i>	<i>HSS</i>	<i>HDS</i>	<i>HNSR</i>	<i>HSS</i>	<i>HDS</i>	<i>HNSR</i>
1º	119	162	39	10,91	11,36	15,15	1,1	2,89	3,45
2º	162	29	60	10,81	8,65	7,10	1,2	2,03	0,24
3º	167	208	162	7,04	5,14	5,10	2,5	8,31	4,85
4º	267	167	198	5,21	4,94	4,55	1,1	4,09	7,50
5º	158	158	55	5,14	4,87	4,23	1,4	2,90	2,47
6º	204	204	167	4,35	4,06	3,35	5,8	9,55	4,26
7º	160	160	62	3,27	3,31	2,71	1,8	2,95	0,23
8º	494	149	160	2,72	2,91	2,63	1,7	13,67	5,63
9º	198	148	119	2,58	2,57	2,55	2,8	23,39	4,06
10º	208	198	208	2,16	2,16	2,47	3,8	5,84	7,90
11º	165	494	267	1,99	1,89	2,23	4,3	4,82	4,57
12º	260	113	189	1,93	1,83	1,99	2,0	29,81	4,52
13º	161	173	47	1,90	1,83	1,99	1,8	6,11	2,64
14º	183	172	158	1,83	1,76	1,91	3,0	14,27	8
15º	290	189	56	1,80	1,76	1,59	1,7	4,34	3,9

Do quadro anterior constata-se que a maior percentagem de doentes saídos diz respeito a patologias diferentes, nomeadamente, doenças e perturbações do aparelho circulatório (GCD 5) no HSS, do aparelho digestivo (GCD 6) no HDS e doenças e perturbações do olho (GCD 2) no HNSR. Porém, verifica-se que a incidência da actividade, em qualquer um dos três hospitais, recai nas doenças e perturbações do aparelho digestivo e do sistema hepatobiliar e pâncreas (GCD 7). Quanto à demora média, volta a ser o HSS que surge com melhores resultados.



01

	<i>Medicina Interna</i>								
	<i>GDH</i>			<i>% Doentes Saídos</i>			<i>Demora média</i>		
	<i>HSS</i>	<i>HDS(a)</i>	<i>HNS R</i>	<i>HSS</i>	<i>HD S</i>	<i>HNS R</i>	<i>HSS</i>	<i>HD S</i>	<i>HNS R</i>
1º	14		14	14,49		11,52	8,2		16,45
2º	89		17	9,40		7,59	9,7		11,85
3º	127		89	7,43		5,80	9,0		11,74
4º	96		410	5,91		5,45	10,8		2,87
5º	202		16	5,78		4,37	8,9		15,8
6º	88		395	4,13		3,57	9,3		10,88
7º	294		202	4,0		3,30	6,9		12,08
8º	206		127	2,67		3,13	2,3		10,8
9º	320		172	2,67		2,95	10,7		16,36
10º	90		206	2,03		2,50	10,0		4,32
11º	395		90	2,03		1,79	11,3		10,15
12º	101		274	1,39		1,61	9,6		13,83
13º	78		15	1,33		1,61	10,0		25,67
14º	188		173	1,33		1,52	12,7		5,76
15º	82		203	1,27		1,43	9,2		18,06

a) O hospital não forneceu as listagens referentes à área de Medicina Interna.

Face à informação contida no quadro anterior, observamos que a maioria dos GDH não são coincidentes, logo estamos na presença de diferentes tipo de patologias, nos dois hospitais. No entanto, registam-se seis GDH comuns. Procedendo a uma análise comparativa da demora média nestes GDH, verificamos que, à excepção do GDH 395, o HSS apresenta demoras médias inferiores às verificadas no HNSR.

Avaliando globalmente os três hospitais⁵⁴, o que apresenta melhor desempenho nos indicadores de qualidade é o HSS, estando também em geral acima da média do grupo ou nacional, seguido do HNSR e do HDS.

6.3.2 – Grau de Satisfação do Utente

Para avaliar o grau de satisfação do serviço prestado pelos hospitais aos utentes, foram apreciadas as reclamações⁵⁵ do Gabinete do Utente, apresentadas em 2001, e os questionários enviados no âmbito desta auditoria aos utilizadores dos cuidados de saúde nas principais áreas do hospital (Urgência, Internamento e Consultas).

Das reclamações registadas nos respectivos Livros, há que distinguir a tipologia das reclamações, os serviços e os grupos profissionais abrangidos.

Quadro VIII - Tipologia de Reclamações

Tipologia	HSS	HDS	HNSR
Leis, Normas e Regras	10%	8%	5%
Atitudes e Comportamentos	38%	30%	30%
Organização e Gestão	52%	62%	65%

⁵⁴ À excepção de Medicina Interna, por o HDS não ter fornecido listagens.

⁵⁵ Foram seleccionadas, através do método de amostragem por intervalos, 20 reclamações do total registado no “Livro Amarelo”, no ano de 2001.



01

Como é visível no quadro anterior a área sobre a qual recai a maior percentagem de reclamações é, em qualquer dos três hospitais, a da “Organização e Gestão”, ou seja, em situações que se prendem com tempos de espera, funcionamento, acessos, entre outras. Logo a seguir, surge “Atitudes e Comportamentos”, que estão relacionados com os cuidados prestados pelos técnico-profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos, vigilantes, etc.).

Quadro IX - Serviços

Serviço	Número de Reclamações		
	HSS	HDS	HNSR
<i>Urgência</i>	6	42	139
<i>Consulta Externa</i>	3	15	22
<i>Internamento</i>	---	13	16
<i>MCDT</i>	1	11	8
<i>Outros</i>	11	14	23

Quadro X - %Grupos Profissionais

Grupos Profissionais	HSS	HDS	HNSR
<i>Dirigente</i>	---	48,4%	25%
<i>Médicos</i>	55%	10,5%	55%
<i>Enfermeiros</i>	9%	6,3%	---
<i>Administrativos</i>	7%	8,4%	5%

Pelas suas características particulares, o Serviço de Urgência, no que respeita às reclamações apresentadas nos serviços do hospital, surge em primeiro lugar, com especial destaque para o HNSR.

Os Grupos Profissionais mais abrangidos pelas reclamações são o do pessoal dirigente e o do pessoal médico. No entanto, verifica-se a particularidade de no HSS não existir registo de reclamações quanto aos dirigentes, contrariamente aos hospitais de Santarém e Barreiro onde recai a maior percentagem.

Questionados os utentes dos hospitais face aos cuidados prestados, quanto ao atendimento humano, tempo de permanência no hospital e condições do hospital, com o objectivo de medir o grau de satisfação desses mesmos utentes, obteve-se a seguinte avaliação global:

Quadro XI - Inquéritos

Grau de satisfação	%Consulta Externa Cardiologia			%Internamento Ortopedia			%Serviço de Urgência		
	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR
<i>Bom</i>	54	46,2	34	57	46,8	35,7	43	33	32
<i>Satisfaz</i>	22	28,7	34,6	26	27,3	24,9	41	43,7	35,6
<i>Não satisfaz</i>	5	16,7	16,8	8	8,7	17,6	10	17,6	22,5
<i>Resposta inválida ou inexistente</i>	19	14,4	14,6	9	17,7	21,8	6	5,7	6,2

Considerando a percentagem de respostas obtidas⁵⁶, podemos afirmar que os utentes do HNSR, nas três áreas, expressam uma opinião global maioritária “satisfaz” sobre o hospital,

⁵⁶ Hospita l	Consult a	Internament o	Urgência
HSS	42%	42%	34%
HDS	45,4%	61,5%	31,5%
HNSR	65%	38%	31%



enquanto no HSS o grau de satisfação manifestado pelos utentes é globalmente de “Bom”. No HDS, os inquiridos maioritariamente consideram que o hospital presta boa assistência médica na Consulta Externa e no Internamento, porém no Serviço de Urgência o resultado é “satisfaz”.

6.3.3. – Comissões de Acompanhamento e Controlo de Qualidade

Nos três hospitais auditados confirmou-se a existência de diversas Comissões de Acompanhamento e Controlo de Qualidade, como órgãos de apoio técnico e com a função de coadjuvar os órgãos de administração e direcção técnica.

Das Comissões seleccionadas constatou-se que todas elas têm desenvolvido, de forma regular, as suas funções, estando patente nos trabalhos e relatórios por estas elaboradas.

Quanto ao controlo de qualidade é de referir, ainda, a adesão do HSS (em 2001) ao processo de Acreditação⁵⁷ denominada Projecto de Avaliação do Desempenho (*Portuguese Quality Indicator Project – PQIP*), com o objectivo de obter a concessão de acreditação pela *Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations*. Também o HDS, em 2002, iniciou o seu processo de Acreditação nos Laboratórios, através de um método próprio que segue a linha de orientação prevista na Norma Europeia ISO 17025.

6.4 - Análise Comparativa dos Recursos Humanos e dos Regimes Contratuais e Remuneratórios

Os recursos humanos são, indiscutivelmente, o segmento mais importante no conjunto dos meios disponíveis no sector da Saúde, sendo, assim, a base do funcionamento das instituições de saúde. A sua gestão é um dos principais factores de influência na produtividade, constatando-se que os custos com o pessoal constituem a maior parcela da rubrica *despesas* dos orçamentos de todos os hospitais.

O número de médicos existente em Portugal não se afasta da média (3,2 médicos por cada mil habitantes) dos países europeus⁵⁸. A distribuição regional destes profissionais é desequilibrada e com deficit em algumas especialidades (como por ex. anesthesiologia).

O Programa Operacional de Saúde (POS) subordinado ao tema “Saúde XXI – Mais e melhor saúde”, refere que há “*deficiente planeamento dos recursos humanos, com défices, excessos e má distribuição*” e “*desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências dos cidadãos*”.

⁵⁷ A Acreditação hospitalar consiste no reconhecimento, por uma avaliação externa e independente, do cumprimento de um conjunto de exigências ou normas no funcionamento do hospital.

⁵⁸ A média europeia é de 3,4 médicos por cada 1000 habitantes (fonte: OECD Health Data 2002).



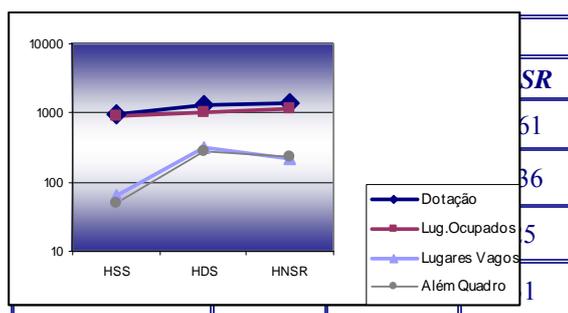
61

No que diz respeito ao pessoal de enfermagem, existiam em Portugal cerca de 3,8 enfermeiros por cada mil habitantes (em 2000), valor significativamente abaixo da média europeia, de 7,5 por mil⁵⁹.

Vejam, então, de seguida como estão distribuídos os grupos profissionais dos hospitais referenciados. A dotação global de pessoal dos hospitais de Santarém e Barreiro está fixada nas respectivas Portarias⁶⁰ que aprovaram os quadros de pessoal, enquanto no HSS esta dotação é fixada anualmente, nos termos do disposto no art.º 44º do seu Estatuto Jurídico⁶¹, através dos respectivos orçamentos e contratos-programa, considerando os planos de actividade e o desenvolvimento das carreiras.

Em 2001, os recursos humanos existentes nesses hospitais e a sua distribuição por grupos profissionais era a seguinte:

Quadro XII



Da análise do quadro e gráfico anteriores, ressalta uma quase sobreposição dos lugares vagos com o pessoal contratado além quadro, verificando-se mesmo, no HNSR, um número de contratados superior às vagas existentes. O peso percentual dos lugares além quadro face aos lugares ocupados tem maior expressão no HDS (28,8%) em comparação com o HNSR (20,3%) e o HSS (5,5%); situação idêntica no que respeita à dotação do quadro, com reflexos directos no peso dos lugares ocupados relativamente à dotação, surgindo o HDS como o hospital com uma percentagem menor de preenchimento dos lugares do seu quadro (75,9%).

Porém, essa situação não é, por si só, suficientemente conclusiva quanto às necessidades permanentes e inadiáveis do hospital com recurso ao trabalho temporário (contratos trabalho a termo certo) para colmatar essas necessidades. Há, então, que fazer essa leitura concomitantemente com a distribuição pelos grupos profissionais.

⁵⁹ Fonte: OECD Health Data 2002.

⁶⁰ O quadro do HDS foi aprovado pela Portaria n.º 599/96, de 21 de Outubro, alterado pelas Portarias n.ºs 764/98 e 1019/98, de 15 de Setembro e 9 de Dezembro, respectivamente. O quadro do HNSR foi aprovado pela Portaria n.º 983/98, de 24 de Novembro.

⁶¹ Vide Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, actualmente transformado em sociedade anónima pelo Decreto-Lei n.º 296/2002, de 11 de Dezembro.

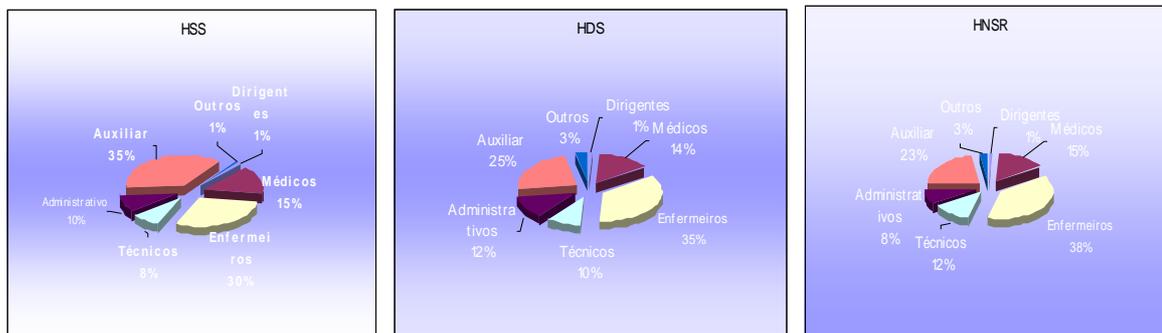


01

Quadro XIII

Grupos Profissionais	HSS			HDS			HNSR		
	Quadro	Além Quadro	Vagas	Quadro	Além Quadro	Vagas	Quadro	Além Quadro	Vagas
Dirigentes	9	---	0	9	4	5	8	5	4
Médicos	134	---	23	143	76	41	173	77	47
Enfermeiros	270	13	15	357	52	93	432	26	18
Técnicos	71	2	12	96	16	67	138	16	65
Administrativos	87	4	1	117	33	32	93	32	27
Auxiliar	324	---	1	245	107	71	262	70	52
Outros	9	30	13	32	---	7	30	5	12

Os grupos profissionais que se destacam na contratação além quadro são o dos médicos, o dos enfermeiros e o dos auxiliares, em que o número de contratados supera os lugares vagos existentes⁶². Quanto ao peso relativo dos grupos profissionais ligados mais directamente ao cariz assistencial (médicos e enfermeiros), o HNSR destaca-se com 44,4%, seguindo-se o HSS (42%) e o HDS (38%), enquanto que a proporção do grupo Auxiliar é manifestamente superior no HSS (33,7%) em relação aos outros dois hospitais (HNSR – 19,2% e HDS – 18,6%).



A introdução de medidas que permitam adequar os recursos humanos à orientação que se pretende imprimir à gestão de cada organização, permitirão promover a fixação dos melhores profissionais e, assim, contribuir para uma prestação mais responsável, tecnicamente qualificada e eficiente.

Os modelos remuneratórios vigentes, regulados não pela quantidade e qualidade de trabalho, mas exclusivamente pelas horas de trabalho, mostram-se claramente contra-indicados, uma vez que desenvolvem a ideia de que remunerações acrescidas só são possíveis com horas extraordinárias. Tal situação, apesar de perfeitamente justificável nalguns casos, é, muitas

⁶² O que é indicador de que os quadros existentes já estão de alguma forma desajustados da realidade.



01

vezes, perversa, pois alimenta modelos de prestação não programada, necessariamente mais caros e menos adequados à saúde das populações.

Entre 1999 e 2001, o valor pago em horas extraordinárias, nos três hospitais de referência, sofreu um ligeiro aumento, constatando-se que foi o grupo profissional dos médicos (com incidência na urgência) que absorveu a maior percentagem dessas horas e que contribui na maior fatia para o peso das mesmas face aos ordenados e salários (cfr Quadro XII).

Quadro XIV - Peso Horas Extraordinárias vs. Ordenados e Salários

Grupo Profissional	HSS			HDS			HNSR		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Médicos	44,3%	43,1%	47,8%	58,1%	75%	84,4%	61,6%	59,9%	67,9%
Enfermeiros	17,7%	17,1%	15,8%	11%	19,7%	12,8%	0,4%	0,5%	1,6%
Restante pessoal	1,5%	1,4%	1,2%	9,9%	14,8%	12,8%	4,3%	4%	4,9%

O modelo remuneratório utilizado no HSS, em que a avaliação de desempenho é feita mensalmente por uma equipa constituída por três elementos do hospital, através da escolha aleatória de um número de processos clínicos, surge como proporcionador de ganhos de eficiência. O desempenho profissional é analisado através desta avaliação sistemática e contínua, utilizando, para isso, indicadores de rentabilidade, efectividade, eficiência e satisfação. Paralelamente, existem incentivos adicionais⁶³ face ao cumprimento dos objectivos pré-definidos pelo hospital.

6.5 – Produtos Farmacêuticos e Material de Consumo Clínico

6.5.1 – Custos com Produtos Farmacêuticos e Material Consumo Clínico

Os custos com “*Produtos Farmacêuticos*” e com “*Material de Consumo Clínico*” atingiram, de acordo com a informação recolhida nos Balancetes Analíticos⁶⁴ dos três hospitais, mais de 90% do total dos “*Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas*”⁶⁵, situação esta que é visível no quadro seguinte.

⁶³ Traduzidos em prémios de produtividade mensais, subsídios de chefia e de coordenação e bolsas de investigação anuais. O prémio de produtividade mensal é pago após a avaliação de desempenho, podendo atingir 46% do salário, no que respeita aos médicos, e 15% no que respeita aos enfermeiros; O subsídio de chefia é de 20% do vencimento base e o de coordenação de 10%. As bolsas de investigação são pagas em espécie, ou seja, o hospital reembolsa as despesas associadas com a participação em encontros científicos (seminários, conferências).

⁶⁴ Dos anos de 1999, 2000 e 2001.

⁶⁵ É a segunda maior rubrica de custos.



01

Quadro XV - Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas

Unidade: milhares de euros

Matérias de Consumo	1999			2000			2001		
	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR	HSS	HDS	HNSR
Produtos Farmacêuticos	3.314	5.431	6.114	4.228	6.235	7.067	4.892	7.720	7.828
Material de Consumo Clínico	1.972	1.904	1.772	2.254	2.727	1.735	2.766	3.077	1.685
Produtos Alimentares	5	4	6	5	4	5	5	4	4
Material de Consumo Hoteleiro	276	288	107	192	331	67	229	348	59
Material de Consumo Administrativo	194	208	134	169	241	140	207	225	154
Material de Manutenção e Conservação	118	387	374	115	410	446	189	425	467
Outro Material de Consumo	---	---	1	2	6	11	---	---	---
Total	5.879	8.224	8.508	6.965	9.955	9.470	8.289	11.798	10.197

Enquanto que os custos com “*Produtos Farmacêuticos*” sofreram, ao longo dos três anos, aumentos significativos, já os custos com “*Material de Consumo Clínico*” registaram oscilações pouco acentuadas, verificando-se, no HNSR, uma diminuição desta rubrica ao longo do triénio.

Quanto à causa directa do aumento da rubrica “*Produtos Farmacêuticos*”, esta deve-se aos medicamentos, que representaram, nos três hospitais, um peso de cerca de 80% do total dos produtos.

No HSS, os aumentos verificados nos medicamentos são consequência do crescimento da actividade do hospital, nomeadamente na cirurgia (mais intervenções) e no internamento (dias de internamento), já o mesmo não se poderá dizer do HDS e do HNSR em que o número de cirurgias se manteve ao longo do triénio assim como os dias de internamento.

6.5.2 – Controlo de Consumos de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico

Considerando o crescimento dos custos totais com “*Produtos Farmacêuticos*” e com “*Material de Consumo Clínico*” e o seu peso significativo face ao total dos “*Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas*”, efectuou-se uma avaliação ao controlo exercido pelos Serviços de Aprovisionamento e Farmácia, relativamente ao consumo e à distribuição daqueles produtos, tendo-se concluído o seguinte:

▸ No HSS, as formas de distribuição dos medicamentos existentes estão definidas consoante as áreas (Internamento, Urgência e Consulta e Ambulatório). O hospital adquire, na sua maior parte, os medicamentos em doses individuais e, quando tal não é possível, a Farmácia procede à reembalagem dos medicamentos em unidose. Existe na Urgência um stock mínimo de medicamentos, denominado “farmácia da urgência”.



O Armazém funciona em Inventário Permanente, com stocks muito pequenos, isto porque, a reposição de stocks pelos fornecedores é rápida e a preocupação de racionalização leva a que os produtos sejam reembalados em quantidades menores.

Da avaliação feita, conclui-se que o método de controlo de consumos utilizado mostrou-se eficaz traduzindo-se numa gestão racional e num controlo efectivo do material de consumo clínico.

▸ No HDS, a distribuição de medicamentos é feita por quatro sistemas diferentes (dose unitária, stock fixo, distribuição personalizada e distribuição tradicional). A Farmácia é responsável pelas entradas e saídas dos medicamentos, não existindo, contudo, um ponto de encomenda nem uma informação actualizada de todos os movimentos (cerca de 4000/mensais). O controlo de consumos é deficitário, tendo cabido, em parte, esse trabalho à Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Quanto ao material de consumo clínico, a distribuição aos diversos serviços é feita de harmonia com o calendário de distribuição, sendo a reposição feita por níveis em conformidade com os plafond previamente definidos nas requisições tipo. As contagens físicas são apenas efectuadas no final do ano. Nos testes efectuados detectaram-se algumas situações de ruptura de stocks.

Em conclusão, diríamos que as deficiências encontradas não favorecem um controlo efectivo e eficaz dos consumos, quer dos medicamentos quer de material de consumo clínico.

▸ No HNSR, os medicamentos são distribuídos no Internamento (com excepção da Psiquiatria) pelo método unidose e no SO o fornecimento é feito bissemanalmente através do método tradicional⁶⁶, existindo neste serviço apenas um stock mínimo, sendo o controlo feito pelos responsáveis da Farmácia. No que diz respeito ao material de consumo clínico, a distribuição, assim como a reposição de níveis, encontra-se programada, sendo da responsabilidade do Armazém a elaboração do planeamento (calendário).

Não são efectuadas conferências aos stocks existentes, nem pelo Aprovisionamento nem pela Farmácia, situação que compromete o controlo efectivo dos consumos.

6.5.3 – Medicamentos Cedidos Gratuitamente

Em cumprimento da legislação em vigor, são cedidos gratuitamente, pelos hospitais, medicamentos a doentes com determinadas patologias⁶⁷. Os encargos suportados com essa distribuição têm vindo a aumentar significativamente.

⁶⁶ Através de requisições de material elaboradas pelo Serviço.

⁶⁷ Esclerose, H.I.V., Hepatologia, Insuficiência Renal, Oncologia, Urologia, Ginecologia, Obstetrícia, Doenças Espásticas Familiares e outras.



01

No quadro seguinte, é evidente o peso que este tipo de fármacos tem no custo total dos medicamentos, no HDS e no HNSR.

Quadro XVI- Custos com Medicamentos

Unid. milh. esc.

	HSS			HDS			HNSR		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Custos totais com medicamentos	503.371	684.944	789.938	818.553	994.919	1.216.924	972.137	1.169.408	1.281.566
Medic. cedidos gratuitamente ¹	11.928	14.730	49.902	165.528	226.519	322.764	293.760	397.276	471.528
Medic. cedidos gratuit./ custos totais medica.(%)	2,4	2,2	6,3	20,2	22,8	26,5	30,2	34,0	36,8

¹ Em ambulatório

A diferença acentuada que se regista no HSS, face aos outros dois hospitais, deve-se ao facto de este hospital não acompanhar, na Consulta Externa e no Ambulatório, os doentes do HIV, desviando-os para os hospitais de infecto-contagiosos, Hospital Central de Gaia ou Hospital Joaquim Urbano, no Porto.



7. – OS SISTEMAS DE FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

► Financiamento dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde⁶⁸

O financiamento do SNS caracteriza-se por ser suportado, essencialmente, pelo OE e por a distribuição dos meios financeiros pelas instituições ser definida, na sua quase totalidade, centralmente pelo Ministério da Saúde, por via do IGIF. Este sistema de financiamento baseia-se essencialmente no imposto, pois compete ao Estado, constitucionalmente, garantir os recursos necessários à prossecução dos fins que ele próprio se propôs realizar em matéria de saúde, para permitir o acesso e a prestação de cuidados de saúde às populações.

Entre 1986 e 1996 os hospitais foram financiados com base em dados históricos, com atribuição de subsídios de extraordinários em função da despesa e só excepcionalmente com base na produção.

A partir de 1997, o modelo retrospectivo com base na despesa foi substituído por um modelo prospectivo, tendo como base a produção, passando o financiamento a ser:

- de base capitolacional e histórico para as ARS, com base na população beneficiária do SNS em cada região, ajustada pela estrutura etária e pela carga de doença;
- assente, progressivamente, na produção para os Hospitais, utilizando-se os GDH como medida do produto final hospitalar. Em 2001 o peso do financiamento histórico é, todavia, ainda de 60%.

O quadro seguinte apresenta de forma sintética a evolução dos critérios de financiamento aos Hospitais e ARS, entre 1998 e 2002.

⁶⁸ Vide Relatório do Consultor Externo “Os Sistemas Nacionais de Saúde de União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”. – Apenso ao presente relatório.



01

Quadro XVII
QUADRO SÍNTESE DA EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DE FINANCIAMENTO

ANOS	ENTIDADES	CRITÉRIOS DE FINANCIAMENTO	OBSERVAÇÕES
1998	ARS	Financiamento histórico ¹ + 8,3% a atribuir em função da população equivalente para cuidados primários ² .	
	Hospitais	80% do financiamento histórico ¹ + 20% da produção.	Os 20% da produção foram calculados com base nos GDH do internamento.
1999	ARS	84,5% do financiamento histórico ¹ + ajustamento por grupo etário + ajustamento pela carga de doença.	
	Hospitais	70% do financiamento histórico + 30% da produção.	Os 30% resultam do somatório de 3 componentes: Internamento+Cirurgia de Ambulatório + Ambulatório.
2000	ARS	70% do financiamento histórico + 30% de capitação ajustada. ²	A componente capitacional ³ contou com os ajustamentos sexo/idade e carga de doença.
	Hospitais	70% do financiamento histórico + 30% do valor da produção.	Na produção foi considerado Internamento (GDH), Cirurgia de Ambulatório, Hospital de dia, Ambulatório hospitalar (estes dois últimos foram este ano financiados pela primeira vez pela produção).
2001	ARS	60% do financiamento histórico + 38,5 % do financiamento do ano com base capitacional + encargo com vacinação + encargo com hemodializados ² .	A capitação ajustada foi definida em partes iguais pelo ajustamento sexo idade e pelo ajustamento carga da doença.
	Hospitais	60% do financiamento histórico + 40% da produção.	Na produção foi considerado o internamento e o ambulatório (consulta externa, urgência e hospital de dia).
2002	ARS	50% do financiamento histórico + encargos com a vacinação obrigatória dos 0-14 + encargos com hemodializados + valor capitacional. ²	O valor capitacional inclui 50% com a capitação ajustada pelo vector sexo - idade e 50% pela capitação do vector "carga de doença".
	Hospitais	50% financiamento histórico + 50% da produção.	Os 50% resultam do somatório do internamento, cirurgia de ambulatório, hotelaria e ambulatório.

¹ Inclui o orçamento inicial do ano anterior + actualização da tabela salarial.

² Aos valores da ARSLVT há a acrescer a renda paga por esta ao hospital Amadora/Sintra.

³ Base capitacional – Com base na população beneficiária do SNS em cada região, ajustada pela estrutura etária e pela carga de doença.

Verifica-se, deste modo, que o financiamento dos hospitais e das ARS tem vindo, nos últimos 5 anos, a privilegiar de forma progressiva os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos. E mesmo no que se refere à ponderação do factor produção, cumpre registar que têm vindo progressivamente a ser introduzidas algumas variáveis.

Assim, no financiamento das ARS, para além da componente capitacional e histórico, existem ajustamentos pelos vectores sexo/idade e carga de doença e, nos dois últimos anos, foram também introduzidas variáveis relativas a encargos com vacinação obrigatória e com hemodializados.



Ao nível do financiamento dos hospitais, também se verifica que, para além do factor internamento, têm vindo a ser introduzidas, gradualmente, variáveis relativas à produção em regime de ambulatório e, em 2002, foram, ainda, incluídos elementos relativos a hotelaria.

A Lei de Bases da Saúde prevê a possibilidade de a gestão das unidades de saúde poder progressivamente obedecer a regras de gestão empresarial, admitindo, ainda, a realização de experiências inovadoras de gestão⁶⁹.

A publicação do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto⁷⁰, vem definir um regime específico das parcerias em saúde com gestão e financiamento privados, estabelecendo os princípios e os instrumentos enformadores. Numa primeira fase, as parcerias público-privadas irão centrar-se no desenvolvimento de modernas unidades hospitalares, sendo progressivamente alargado a projectos no âmbito dos cuidados primários e cuidados continuados de saúde (cfr. Despacho n.º 19 946/2002, de 23 de Agosto, publicado na IIª série do DR em 10 de Setembro).

Estas parcerias com o sector privado requerem, no entanto como tem demonstrado o exemplo de outros países, um elevado grau de competência da Administração de Saúde na sua negociação e acompanhamento⁷¹. A experiência das ARS no capítulo da contratualização, com excepção da ARS Centro, aconselha que sejam reavaliados os procedimentos ao nível do acompanhamento e controlo de forma a garantir a melhor utilização dos recursos públicos.

⁶⁹ Cfr. Base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

⁷⁰ A regulamentação das condições gerais dos procedimentos prévios à contratação das parcerias encontra-se prevista no Decreto-Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril.

⁷¹ Cfr. Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.



01

8. – ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA

8.1 – Recursos Financeiros

Os recursos financeiros dos hospitais analisados, no ano de 2001, encontram-se espelhados no quadro infra indicado.

Quadro XVIII

Recursos Financeiros* - 2001

Rubricas	S. Sebastião		Santarém		N.Sª Rosário	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Subsídio à exploração-OE	6.392.545	84,8	7.444.264	89,0	6.861.625	86,3
Outras transferências e subsídios**	9.090	0,1	42.689	0,5	111.550	1,4
Receitas próprias	1.114.790	14,8	881.756	10,5	977.978	12,3
Devoluções e descontos em compras	25.806	0,3	0	0,0	131	0,0
Total (milh. de escudos)	7.542.231	100,0	8.368.709	100,0	7.951.283	100,0
Total (milh. de euros)	37.620		41.743		39.661	

* Receita cobrada.

** Engloba o subsídio ao investimento e o subsídio de outros entes públicos (e ainda, no caso do HNSR, doações).

Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros

Constata-se que o subsídio proveniente do Orçamento de Estado (OE) é, de longe, a receita mais significativa para qualquer um dos três hospitais em análise, representando mais de 80% do total dos recursos financeiros, confirmando-se desta forma a forte dependência deste tipo de financiamento.

Por outro lado, as receitas próprias dos hospitais têm ainda um peso reduzido, sendo o HSS o que apresenta, em termos relativos e absolutos, a maior arrecadação deste tipo de receitas, representando quase 15% do total dos seus recursos financeiros. Tal facto, evidencia maior eficácia do sistema de cobrança de receitas deste hospital.

A agravar o facto de os hospitais apresentarem receitas próprias pouco significativas, verifica-se uma baixa taxa de cobrança das mesmas, como se demonstra no quadro seguinte.

Quadro XIX

**Receita Própria
2001**

	HSS	HDS	HNSR
Receita Cobrada e a Cobrar			
(em milh. esc.)	1.859.286	2.675.672	3.216.729
(em milh. euros)	9.274	13.346	16.045
Receita Cobrada			
(em milh. esc.)	1.114.790	881.756	977.978
(em milh. euros)	5.561	4.398	4.878
Taxa de cobrança (%)	60,0	33,0	30,4

Em termos de receita própria total (cobrada e a cobrar), é o HNSR o que apresenta o montante mais elevado relativamente aos restantes hospitais. No entanto, a taxa de cobrança é muito



01

reduzida pois apenas conseguiu arrecadar, no ano de 2001, 30% dessa receita. Em contrapartida, o HSS demonstra ser mais eficaz na cobrança das suas receitas próprias uma vez que conseguiu arrecadar 60%, ou seja, o dobro dos outros hospitais.

8.2 – Receitas e Despesas

Com excepção do subsídio à exploração que, como já foi referido, representa a maior receita dos três hospitais, as rubricas com maior peso na estrutura da receita (cobrada e por cobrar) são: no HSS a proveniente das prestações de serviço (12%) e no HDS e no HNSR as receitas de exercícios anteriores que detêm, respectivamente 16% e 21%.

Quadro XX
Receitas - 2001

Rubricas	S. Sebastião		Santarém		N.Sª Rosário	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Sub. à exploração	6.392.545	77,1	7.444.264	73,3	6.861.625	67,3
Subsídios de investimento	7.101	0,1	34.735	0,3	110.862	1,1
Prestações de serviços	1.017.851	12,3	887.745	8,7	954.193	9,4
Proveitos e ganhos financeiros	40.064	0,5	36.493	0,4	23.069	0,2
Proveitos e ganhos extraordinários	1.225	0,0	0	0,0	0	0,0
Outras receitas*	82.284	1,0	145.455	1,4	73.786	0,7
Receitas de exercícios anteriores	746.037	9,0	1.613.933	15,9	2.178.271	21,4
Total (milh. de escudos)	8.287.107	100,0	10.162.625	100,0	10.201.807	100,0
Total (milh. de euros)	41.336		50.691		50.886	

* Engloba as vendas, proveitos suplementares, subsídios de outras entidades, outros proveitos operacionais, doações, devoluções e descontos e abatimentos de compras.

Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros

As despesas com o pessoal representam, como se mostra no quadro seguinte, a grande fatia das despesas (pagas e por pagar), com um peso relativo superior a 50% em qualquer um dos três hospitais.

Quadro XXI

Despesas - 2001

Rubricas	S. Sebastião		Santarém		N.Sª Rosário	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Compras	1.703.915	21,2	2.434.445	19,2	2.072.613	16,9
Imobilizado	110.794	1,4	331.845	2,6	493.305	4,0
Subcontratos	550.274	6,8	1.095.113	8,6	825.206	6,7
FSE	916.701	11,4	650.766	5,1	883.027	7,2
Despesas com pessoal	4.168.687	51,9	6.595.521	52,0	6.207.327	50,6
Outras despesas *	202	0,0	6.210	0,0	9.510	0,1
Despesas anos anteriores	587.966	7,3	1.559.767	12,3	1.776.959	14,5
Total (milh. de escudos)	8.038.538	100,0	12.673.666	100,0	12.267.946	100,0
Total (milh. de euros)	40.096		63.216		61.192	

* Engloba ao impostos indirectos, outros custos operacionais, custos e perdas financeiras e extraordinárias.

Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros



01

Se compararmos esta rubrica com a rubrica de maior peso das receitas (subsídio do OE), obtém-se a seguinte relação:

Quadro XXII
Despesas com pessoal vs Subsídio do OE
2001

	HSS	HDS	HNSR
(1) Subsídio à exploração (em milh. esc.) (em milh. euros)	6.392.545 31.886	7.444.264 37.132	6.861.625 34.226
(2) Despesas com Pessoal (em milh. esc.) (em milh. euros)	4.168.687 20.793	6.595.521 32.898	6.207.327 30.962
(2) / (1)	65,2%	88,6%	90,5%

Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros

Um menor peso das despesas com pessoal relativamente ao subsídio à exploração no HSS, 65%, enquanto que no HDS e no HNSR estas despesas representam 88,6% e 90%, respectivamente. Este, rácio por si só, revela a dificuldade sentida pelos hospitais em cumprirem com os seus compromissos financeiros "externos", uma vez que a maior fonte de receitas é praticamente consumida com as despesas com o pessoal.

Pela análise do peso da despesa por pagar na despesa total, constata-se que o HSS revelou maior capacidade financeira para satisfazer os encargos assumidos e processados, no ano de 2001, do que os outros dois hospitais.

Quadro XXIII
Despesa em dívida (em % da despesa total)
2001

Rubricas	HSS	HDS	HNSR
Compras	7,0	95,5	95,3
Imobilizado	10,0	90,0	44,3
Subcontratos	54,5	91,9	98,4
FSE	8,0	52,3	33,2
Pessoal	0,0	0,1	0,1
Desp. Exer. Anter	49,0	31,7	74,5
Total da despesa	8,0	26,6	28,3

Como pode ler-se no quadro anterior, em 31/12/01, no HDS e no HNSR a despesa por pagar a fornecedores ascendeu a 95% da totalidade da despesa assumida com a rubrica compras⁷², enquanto que no HSS atingiu apenas 7%. Em relação à rubrica de subcontratos, o HNSR tem uma despesa por pagar de 98%.

8.3 – Proveitos e Custos

Em termos globais, os três hospitais analisados registaram, no período entre 1999 e 2001, uma evolução positiva dos seus proveitos, em parte devido ao acréscimo verificado na rubrica de subsídios à exploração, que, no caso do HSS, teve uma variação superior a 50% (se bem que

⁷² Que engloba os produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, produtos alimentares, material de consumo hoteleiro, administrativo e de manutenção e conservação.



01

em termos absolutos seja inferior ao dos restantes hospitais), enquanto que no HDS o aumento foi de 38% e no HNSR de apenas 18%.

Outra das rubricas que também influenciou o acréscimo dos proveitos no HSS foi a prestação de serviços (onde se regista a actividade do hospital proveniente do internamento, das consultas externas, da urgência, entre outros) com um aumento de 101%. Contrariamente, no HDS esta rubrica teve uma variação negativa de aproximadamente 13%, enquanto que no HNSR aumentou apenas 10%.

Quadro XXIV

PROVEITOS POR NATUREZA

Uni. Milhares esc.

Rubricas	HSS			HDS			HNSR		
	1999	2001	Δ % 99/01	1999	2001	Δ % 99/01	1999	2001	Δ % 99/01
Vendas	7.198	366	-94,9	167.862	69.893	-58,4	350	710	102,9
Prestação de serviços	506.277	1.017.851	101,0	1.014.380	887.745	-12,5	865.436	954.193	10,3
Proveitos suplementares	22.820	26.295	15,2	16.276	19.110	17,4	13.165	7.845	-40,4
Subsídio à exploração	4.226.934	6.394.534	51,3	5.386.239	7.452.217	38,4	5.809.087	6.862.063	18,1
Trabal. p/ a própria instituição							120		-100,0
Outros proveitos operacionais	27.633	27.447		43.047	48.498	12,7	83.322	55.683	-33,2
Proveitos e ganhos financeiros	18.612	40.064	115,3	41.043	36.493	-11,1	13.556	23.069	70,2
Proveitos e ganhos extarord.	81.817	370.854	353,3	374.039	1.114.948	198,1	499.102	1.036.728	107,7
Total (milh. de escudos)	4.891.291	7.877.411	61,0	7.042.886	9.628.904	36,7	7.284.138	8.940.291	22,7
Total (milh. de euros)	24.398	39.292		35.130	48.029		36.333	44.594	

Fonte: Demonstração de Resultados.

Os proveitos e ganhos extraordinários registaram também acréscimos significativos devido essencialmente à componente da prestações de serviços de anos anteriores (assinalada pela primeira vez em 2001) e ao aumento dos valores contabilizados na sequência do encontro de contas com o SNS.

Pela análise da evolução dos custos, espelhada no quadro seguinte, a rubrica mais representativa, em 1999 e 2001, em qualquer um dos três hospitais é a que se refere aos custos com pessoal. Com excepção das amortizações no HSS, e dos impostos e custos e perdas financeiras nos HDS e HNSR, todas as outras rubricas de custos aumentaram nestes anos.

Quadro XXV

CUSTOS POR NATUREZA

Uni. Milhares esc.

Rubricas	HSS			HDS			HNSR		
	1999	2001	Δ % 99/01	1999	2001	Δ % 99/01	1999	2001	Δ % 99/01
Consumos	1.178.594	1.661.803	41,0	1.637.475	2.365.368	44,5	1.705.649	2.044.344	19,9
FSE	857.393	1.466.976	71,1	1.389.192	1.745.879	25,7	1.419.192	1.708.234	20,4
Impostos	24	33	37,5	3.028	40	-98,7	2.864	0	-100,0
Custos c/ pessoal	2.986.728	4.168.687	39,6	4.514.372	6.595.521	46,1	4.993.353	6.207.327	24,3
Amortizações	1.420.593	1.211.965	-14,7	187.381	232.489	24,1	152.416	226.086	48,3
Outros custos operacionais	0	0		1.055	1.200	13,7	3.853	6.100	58,3
Cust. perdas finan.	52	169	225,0	4.711	4.363	-7,4	26.042	2.406	-90,8
Cust.perdas extarord.	61.011	119.596	96,0	267.882	426.987	59,4	179.731	292.961	63,0
Total (milh. de escudos)	6.504.395	8.629.229	32,7	8.005.096	11.371.847	42,1	8.483.100	10.487.458	23,6
Total (milh. de euros)	32.444	43.042		39.929	56.723		42.314	52.311	

Fonte: Demonstração de Resultados.



01

Da leitura dos dois quadros acima expostos, conclui-se que, entre 1999 e 2001, o HSS foi o único hospital a registar uma variação percentual dos proveitos, 61%, superior à verificada nos custos, 33%. Já no HDS o acréscimo dos proveitos, 37%, ficou aquém do ocorrido nos custos, 42%, enquanto que no HNSR a variação percentual dos proveitos, 23%, e dos custos, 24%, ficaram muito próximos.

Associado a esta análise encontra-se o crescimento da actividade hospitalar. Face aos resultados obtidos, nomeadamente, na Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica (a fls. 36 a 46), é o HSS que revela um maior crescimento na actividade, em relação aos hospitais de Santarém e Barreiro.

8.4 – Dívida Acumulada e Défice

Comparando a dívida acumulada, em 31/12/2001, dos três hospitais, o HDS e o HNSR apresentam montantes em dívida muito superiores ao HSS.

Quadro XXVI

	HSS	HDS	HNSR
Até 31/12/2000	282.539	494.107	1.302.713
De 2001	503.061	3.978.945	3.307.191
Total (em milh. esc.)	785.600	4.473.052	4.609.904
Total (em milh. euros)	3.919	22.311	22.994

Fonte: Auditoria à Situação Financeira do SNS (Relatório n.º 10/03- 2ªS)



Para efeito do cálculo dos défices económico e financeiro recorreu-se à metodologia adoptada no Relatório de Auditoria à Situação Financeira do SNS (Relatório n.º10/03-2ª S.), tendo-se concluído que o HSS é o que apresenta, em 2001, o montante mais baixo de défice económico, 52 milhares de euros, em relação aos outros dois hospitais que detêm valores muito mais elevados, 11.602 milhares de euros no HDS e 11.837 milhares de euros no HNSR.

Quadro XXVII
Défice Económico em 2001

	HSS	HDS	HNSR
1 Receita total do exercício	7.541.070	8.548.692	8.023.535
2 Despesa total do exercício	7.450.573	11.113.899	10.490.988
3 Receita total de anos anteriores ^{a)}	2.172	437.008	290.175
4 Despesa total de anos anteriores	100.704	197.783	195.877
5 Despesa não relevada na contabilidade ^{b)}	2.351	0	0
6 Défice do exercício (1+3-2-4)	8.036	2.325.983	2.373.154
7 Défice oculto (5)	2.351	0	0
8 Défice total (6+7) (milh. esc.)	10.386	2.325.983	2.373.154
8 Défice total (6+7) (milh. euros)	52	11.602	11.837

a) Valor da receita total emitida relativa a anos anteriores mas registada pela 1ª vez em 2001.

b) Facturas emitidas em 2001 e não relevadas na contabilidade de 2001.

Fonte: Auditoria à Situação Financeira do SNS (Relatório n.º 10/03- 2ªS)



61

No caso do défice financeiro observa-se a mesma situação. Assim, enquanto o défice no HSS atinge o montante de 5.322 milhares de euros, o HDS apresenta um valor quase 400% superior (26.491 milhares de euros) e o HNSR 440% superior (28.746 milhares de euros).

Quadro XXVIII
Défice Financeiro em 2001

	HSS	HDS	HNSR
1 Receita cobrada do exercício	7.082.317	7.707.082	7.221.188
2 Despesa total do exercício	7.450.573	11.113.899	10.490.988
3 Saldo inicial de "fundos próprios"	766	535.565	216.693
4 Receita cobrada de exercícios anteriores	459.913	661.627	730.096
5 Despesa total de anos anteriores	587.966	1.559.767	1.776.959
6 Regularizações de responsabilidades ^{a)}	569.060	1.541.636	1.663.055
7 Despesa não relevada na contabilidade ^{b)}	2.351	0	0
8 <i>Receita Total Cobrada em 2001 (1+3+4)</i>	<i>7.542.997</i>	<i>8.904.274</i>	<i>8.167.977</i>
9 <i>Despesa Total Acumulada em 2001 (2+5+6+7)</i>	<i>8.609.950</i>	<i>14.215.302</i>	<i>13.931.001</i>
10 Déficit do Exercício (1-2)	368.256	3.406.817	3.269.800
11 Déficit de Anos Anteriores (3+4-5)	127.287	362.576	830.170
12 Déficit Acumulado (10+11)	495.542	3.769.393	4.099.970
13 Déficit Oculto (6+7)	571.411	1.541.636	1.663.055
14 Déficit Total (12+13) (milh. esc.)	1.066.953	5.311.029	5.763.025
14 Déficit Total (12+13) (milh. euros)	5.322	26.491	28.746

a) Despesa paga através de fundos transferidos pela Direcção Geral do Tesouro, conforme Despacho Conjunto do MF e do MS nº 791-A/2001 (DR.II S., de 22/08).

b) Facturas emitidas em 2001 e não relevadas na contabilidade de 2001.

Fonte: Auditoria à Situação Financeira do SNS (Relatório n.º 10/03- 2ºS)

Se compararmos o défice financeiro do próprio exercício de 2001 ⁷³, constata-se que a diferença ainda é maior, apresentando o HDS um défice de 3.406.817 milhares de euros, que em termos relativos é 825% superior ao do HSS com 368.256 milhares de euros, enquanto que o défice de 3.269.800 milhares de euros do HNSR é 788% superior ao do HSS.

Ou seja, com menores recursos financeiros o HSS conseguiu gerar défices muito inferiores aos dos outros hospitais, como se pode observar pelo quadro seguinte.

Quadro XXIX
Recursos Financeiros vs Déficit
(exercício de 2001)

	HSS	HDS	HNSR
Recursos Financeiros *	7.542.231	8.368.709	7.951.283
Défice económico do exercício	8.036	2.325.983	2.373.154
Défice financeiro do exercício	368.256	3.406.817	3.269.800
Peso do défice financeiro nos recursos financeiros (%)	4,9	40,7	41,1

*Inclui subsídio à exploração, outras transferências e subsídios, receitas próprias e devoluções e descontos em compras.

Face os valores mencionados, quer dos défices quer dos recursos financeiros, o HSS é o que apresenta o melhor desempenho ao nível da sua gestão financeira e da produção, com valores superiores ao HDS e HNSR, nomeadamente nas consultas e actividade cirúrgica.

⁷³ Note-se que o HSS ao suceder ao Hospital de Nossa Senhora da Saúde de São Paio de Oleiros, em 1999, herdou todos os direitos e obrigações deste (cfr. art.º 47º do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho).



Quadro XXX

Produção - 2001			
	HSS	HDS	HNSR
Urgência * (n.º doentes socorridos)	77.042	117.250	95.202
Consultas (total realizadas)	138.394	98.564	95.168
Actividade cirúrgica (n.º total)	9.848	7.449	4.492
Internamento (doentes saídos)	15.144	15.616	13.042
Índice <i>case-mix</i>	0,84	0,97	0,88

* No HSS não estão incluídos os doentes atendidos no SAP: 89 724.

No entanto é de realçar que em termos de complexidade dos casos tratados no internamento, e por isso mesmo, os mais consumidores de recursos, o HDS apresenta o coeficiente mais elevado (0,97), seguido do HNSR (0,88) e só por último o HSS (0,84).



9. – REFERÊNCIAS FINAIS

9.1 – Medidas adoptadas

O Tribunal de Contas regista com apreço as medidas adoptadas pelo actual CA da ARSLVT em 2002 e 2003, e das quais se dão conta no exercício do contraditório, relativas a matérias constantes dos relatos de auditoria, particularmente no sistema de acompanhamento e avaliação da actividade hospitalar.

9.2 - Emolumentos

Os emolumentos e outros encargos legalmente devidos são fixados nos relatórios parcelares do Hospital de São Sebastião - Feira, do Hospital Distrital de Santarém e do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, e constituem encargo dos mesmos enquanto entidades auditadas.

10 – DETERMINAÇÕES FINAIS

10.1 – O presente Relatório deverá ser remetido:

- Ao Presidente da Assembleia da República, ao Presidente da Comissão Parlamentar do Trabalho e dos Assuntos Sociais e aos líderes dos grupos Parlamentares.
- À Ministra de Estado e das Finanças.
- Ao Ministro da Saúde.
- Às entidades ouvidas no exercício do contraditório.

10.2 – Em cumprimento do disposto nos arts. 29º, n.º 4 e 54º, n.º 4, aplicável por força do disposto no art.º 55º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, notifique-se o Ministério Público, junto deste Tribunal, do presente relatório.

10.3 – Após comunicação nos termos dos pontos anteriores, colocar o presente relatório à disposição dos órgãos de comunicação social e proceder à respectiva divulgação via Internet.



Tribunal de Contas

Aprovado, em Subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 4 de Dezembro de 2003

O Juiz Conselheiro Relator,

(Lia Olema Videira de Jesus Correia)

Os Juízes Conselheiros

(Manuel Raminhos Alves de Melo)

(João Pinto Ribeiro)

**Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia,
Principais Modelos de Gestão Hospitalar e
Eficiência no Sistema Hospitalar Português**

Pedro Pita Barros e Jean-Pierre Gomes
Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa

Julho de 2002

GANEC – Gabinete de Análise Económica
Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa

Índice

1.	Financiamento dos cuidados de saúde	4
I.1	Financiamento baseado no seguro (Grupo 1)	6
I.2	Financiamento baseado nos impostos (Grupo 2)	10
I.3	Sistemas em transição (Grupo 3)	13
I.4	O papel do seguro de saúde privado	14
2.	Afectação dos recursos	19
II.1	Comprar melhor	19
II.1.1	Questões conceptuais	21
II.1.2	Abordagens à contratualização	23
II.1.2.1	Partes contratuais	24
II.1.2.2	O conteúdo dos contratos	26
II.1.3	A implementação da contratualização	27
II.1.3.1	Os sistemas de saúde ao estilo Beveridge	27
II.1.3.2	Os sistemas de saúde ao estilo Bismarck	29
II.1.3.3	Os países do Sul da Europa	31
II.1.3.4	Questões-chave da contratualização	32
II.2	Pagamento aos prestadores	33
II.2.1	Pagar aos médicos	33
II.2.1.1	No sentido de um sistema de pagamento óptimo	34
II.2.1.2	Avaliação dos sistemas de pagamento actuais	36
II.2.1.3	No sentido de sistemas de pagamento associados ao desempenho	39
II.2.2	Pagar aos hospitais	46
II.2.2.1	Orçamentos prospectivos baseados na despesa histórica	51
II.2.2.2	Orçamentos prospectivos baseados nas actividades ou nas funções	52
II.2.2.3	Orçamentos prospectivos combinados	54
II.2.2.4	Pagamentos associados à actividade	55
II.2.3	Implicações	57
II.2.4	Evidência empírica	57
3.	Sistemas de Saúde da União Europeia: Uma análise comparativa de quatro sectores hospitalares	60
III.1	A evolução do Sistema de Saúde português	60
III.1.1	Antes do 25 de Abril: várias vias sobrepostas	60
III.1.2	Durante a consolidação da democracia (1974-1985): o Serviço Nacional de Saúde	61
III.1.3	1985-1995: A Lei de Bases da Saúde de 1990	64
III.1.4	As experiências mais recentes na evolução do sistema de saúde (1995-2001)	66
III.2	O financiamento dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde	69
III.3	As experiências recentes no sector hospitalar português	74
III.3.1	Administração e organização interna	74
III.3.1.1	A experiência da gestão privada em hospital público	79
III.3.1.1	Regras de gestão privadas em hospitais públicos	87
III.3.1.2	Os sistemas locais de saúde	90
III.3.1.3	Os centros de responsabilidade integrados	91

III.3.2 Financiamento: contratualização e PFI.....	94
III.3 Comparações internacionais	99
III.3.1 Sistemas de financiamento.....	100
III.3.1.1 Alemanha	100
III.3.1.2 Holanda.....	103
III.3.1.3 Reino Unido.....	105
III.3.2 Modalidades de pagamento.....	107
III.3.2.1 Alemanha	107
III.3.2.2 Holanda.....	112
III.3.2.4 Reino Unido.....	112
4. Análise de eficiência.....	117
5. Comparações Internacionais – o caso de Espanha.....	141
6. Credibilidade do sistema de pagamento	147
Anexo.....	149
Referências.....	153

1. Financiamento dos cuidados de saúde

Existem quatro fontes principais de financiamento dos cuidados de saúde: impostos, contribuição para esquemas sociais de seguro, subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e pagamentos directos por parte dos doentes. Estas quatro fontes podem ser classificadas em sistemas compulsórios (impostos e seguro de saúde social) ou sistemas voluntários (seguro voluntário e pagamentos directos).

Muitos sistemas de cuidados de saúde na região europeia dependem de um misto destas quatro fontes. No entanto, é possível distinguir três categorias de países dentro da União Europeia, agrupados de acordo com o tipo de financiamento obrigatório predominante que caracteriza o sistema nacional de saúde ou o tipo de financiamento obrigatório predominante que o país gostaria de desenvolver. Os três grupos são:

- (1) Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Bismarck (i.e. que dependem predominantemente dos seguros), com sistemas de financiamento bem estabelecidos;
- (2) Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge (i.e. que dependem predominantemente dos impostos), com sistemas de financiamento bem estabelecidos;
- (3) Sistemas de cuidados de saúde que há relativamente pouco tempo começaram a mudar de um sistema baseado em seguros para um sistema com base em impostos e, conseqüentemente, que se encontram numa fase de transição.

Embora esta classificação assente num tipo de financiamento obrigatório predominante, não existe nenhum sistema "puro": os sistemas de financiamento que dependem sobretudo dos impostos incluem tipicamente também elementos de seguro social e os sistemas baseados em seguros sociais incluem muitas vezes fortes elementos de financiamento fiscal. Além disso, todos os sistemas de cuidados de saúde da União Europeia ou incluem ou têm planos para incluir alguns elementos dos dois tipos de financiamento voluntário.

A tabela 1 abaixo apresenta uma caracterização básica das tendências prevalentes nos sistemas de financiamento dos cuidados de saúde na União Europeia. Esta tabela não reflecte contudo a essencial componente temporal. A maior parte dos países do grupo 1 adoptaram os seus sistemas há muito tempo, alguns mesmos no século XIX. Os sistemas de cuidados de saúde de todos os países do grupo 2 eram inicialmente sistemas de seguro social, os quais foram transformados, nas décadas recentes, em sistemas de saúde nacionais assentes no financiamento via impostos. Os países do grupo 3 começaram recentemente um processo de transformação de um financiamento baseado no seguro social para um financiamento dependente dos impostos. Assim, o grupo 3, onde se inserem os países actualmente em transição, só se distingue do grupo 2 pela componente temporal.

Tabela 1: Os países da UE agrupados de acordo com o método de financiamento actual ou planeado

Grupo 1 Sistema baseado em seguro	Grupo 2 Sistema baseado em impostos	Grupo 3 Em transição para um sistema baseado em impostos
Áustria Bélgica França Alemanha Luxemburgo Países Baixos	Dinamarca Finlândia Irlanda Suécia Reino Unido	Grécia Itália Portugal Espanha

Fonte: WHO Regional Publications, European Series, N.º72

I.1 Financiamento baseado no seguro (Grupo 1)

Embora tenham sido criados sob os mesmos princípios e para atingir os mesmos fins, os sistemas de seguro social na Europa diferem significativamente de um país para outro. Muitas das diferenças resultam da especificidade das estruturas social, económica, institucional e ideológica de cada país, dentro das quais o financiamento assente no seguro social foi evoluindo ao longo de muitos anos.

A principal fonte de financiamento para cuidados de saúde neste grupo de países é o seguro social. Em todos os casos, os fundos recolhidos através de contribuições para o seguro social têm como propósito o financiamento dos cuidados de saúde. Por exemplo, no início da década de 90, o financiamento através do seguro social obrigatório representava 70% do financiamento total da saúde em França e 60% na Alemanha e nos Países Baixos.

Em praticamente todos os países, os fundos de seguro social são subsidiados pelo Estado, embora a magnitude de tais subsídios varie substancialmente entre os países. Os fundos provenientes do Orçamento de Estado são usados em parte para subsidiar o sistema de seguro social. Além disso, os fundos estatais são geralmente usados para itens como o ensino e a investigação médicas e de saúde pública. Consequentemente, o financiamento através do Orçamento de Estado, ou seja, através dos impostos gerais, representa uma proporção significativa do financiamento total da saúde. Por exemplo, no início da década de 90, as contribuições do Orçamento de Estado para o financiamento total da saúde ascendia aos 39% na Bélgica, 21% na Alemanha e 37,9% no Luxemburgo.

Em todos os países, o seguro de saúde obrigatório faz parte do sistema de segurança social, que inclui outros itens de protecção social como as pensões e os benefícios dados aos desempregados. As condições exactas não são no entanto as mesmas em todo o lado. A título de ilustração, em alguns países como na Bélgica, em França e na Alemanha, a lei do seguro de saúde pertence ao código de

segurança social, que cobre ainda outros aspectos como as pensões por invalidez do trabalho. Noutros países, como nos Países Baixos, a lei do seguro social é separado de outros itens da segurança social.

Em todos os países, os fundos de seguro de saúde são corpos independentes, com gestão, orçamento e estatuto legal próprios. Isto assegura a sua independência dos governos e dos orçamentos de Estado. Em França, de acordo com o direito administrativo, estes fundos constituem organizações privadas encarregues da provisão de um serviço público, mas devido à supervisão próxima do governo, estes fundos são na prática organizações não governamentais quase públicas. Similarmente, na Alemanha, os fundos de seguro de saúde são entidades privadas sem fins lucrativos ou o que são chamadas de "corporações de direito público". Em todos os países, estes fundos, embora independentes, estão sujeitos à regulação dos governos.

Existem enormes variações na quantidade de fundos de seguro de saúde ou de doença nos diversos países. Os números variam entre os 6 na Bélgica ou os 11 do Luxemburgo, passando por cerca de 16 em França, 24 na Áustria, 53 nos Países Baixos, até aos quase 1100 na Alemanha. Em grande parte dos casos, os números actuais representam uma redução significativa do que existiu uma vez que tiveram lugar ao longo dos anos várias fusões e alianças. Na Alemanha, por exemplo, na época da primeira legislação sobre seguro de saúde em 1883, coexistiam cerca de 22000 fundos de doença.

Em alguns países, como França ou Luxemburgo, os fundos estão organizados sobretudo de acordo com grupos ocupacionais. Foram organizados principalmente tendo como base critérios geográficos nos Países Baixos (até recentemente) e de acordo com filiações religiosas ou políticas na Bélgica. Na Áustria e na Alemanha, os fundos de doença estão organizados de acordo com diversos princípios: ocupação, região ou localidade ou ramo de actividade da empresa.

É obrigatório ser-se membro de um fundo de seguro de saúde para praticamente toda a população na Áustria, na Bélgica, em França e no Luxemburgo. Tanto na Alemanha como nos Países Baixos, ser-se membro de um fundo deste género é obrigatório apenas para pessoas com um rendimento abaixo de um determinado nível. Na Alemanha, as pessoas que tenham um rendimento acima dessa fronteira podem escolher entre estar segurado pelo sistema compulsório ou por um segurador privado. Nos Países Baixos, no que diz respeito à cobertura de cuidados agudos, as pessoas podem escolher entre um segurador privado ou permanecer sem seguro (auto-seguro).

Nenhum sistema financiado através de seguro social tem uma cobertura universal, uma vez que o direito de estar coberto depende de determinados critérios relacionados com as contribuições para o seguro. No entanto, a maior parte dos países garantem a cobertura a cerca de 99% da população, seja apenas através do seguro compulsório apenas ou por uma combinação entre seguro compulsório e seguro privado. É possível distinguir três padrões de cobertura:

- (1) Um primeiro padrão é encontrado nos países onde praticamente toda a população está coberta pelo seguro compulsório e onde a cobertura é total, como na Áustria, em França e no Luxemburgo.
- (2) Um segundo padrão é encontrado nos países onde praticamente toda a população está coberta pelo seguro compulsório mas onde algumas pessoas recebem apenas uma cobertura parcial, como na Bélgica e nos Países Baixos.

Na Bélgica, cerca de 15% da população (a população que trabalha por conta própria) está coberta apenas para os riscos principais i.e. para cuidados de internamento e serviços técnicos especiais. A restante população tem cobertura total, para os riscos principais e para os riscos menores como consultas externas, cuidados de medicina dentária e farmácia. Nos Países Baixos, a cobertura total

através do seguro compulsório é garantida a cerca de 60% da população. O resto da população só recebe cobertura para doenças crónicas.

(3) Um terceiro padrão é encontrado nos países onde apenas uma parte da população está coberta pelo seguro compulsório, como na Alemanha.

Dentro destes limites, grande parte dos países tem um pacote de benefícios definido legalmente que se aplica uniformemente a todos os fundos de doença dentro de um determinado esquema de seguro. Alguns países, no entanto, têm mais que um esquema de seguro, com os benefícios a variar de um esquema para outro. A Áustria, por exemplo, tem quatro esquemas baseados na categorias ocupacionais, com diferentes benefícios e requisitos de partilha de custos. Alguns países, como os Países Baixos, têm esquemas separados para os funcionários públicos. Além disso, os fundos de doença em praticamente todos os países oferecem benefícios opcionais adicionais para além dos benefícios oferecidos no pacote original, que também varia de fundo para fundo.

Em todos estes países, as contribuições pagas para os fundos de doença estão relacionadas com o rendimento e com uma determinada taxa sendo partilhadas entre empregadores e empregados. Na Áustria, na Alemanha, no Luxemburgo e nos Países Baixos, as contribuições são partilhados numa base de 50:50, enquanto que na Bélgica e em França, os empregadores pagam uma proporção maior que os seus empregados. As taxas de contribuição são negociadas a diversos níveis mas normalmente o governo central assume a responsabilidade final. Na Áustria, em França e na Alemanha, as taxas de contribuição podem variar de fundo para fundo, frequentemente reflectindo os diferentes perfis de risco dos seus membros. Pelo contrário, a Bélgica e o Luxemburgo obrigam a taxas de contribuição idênticas para todos os fundos. As taxas de contribuição (empregador mais empregado) são bastante reduzidas na Áustria, variando entre os 5,6% e os 8,5% do rendimento bruto. Em França, as taxas de contribuição são maiores, sendo que a taxa de 19,4% é usada para o maior fundo que assegura

grande parte da população francesa. A maioria dos outros países têm taxas de contribuição intermédias.

Os indivíduos podem escolher o seu fundo de seguro na Bélgica e com maiores limitações na Alemanha, onde a livre escolha é permitida sobretudo aos trabalhadores de colarinho branco (cerca de metade de todos os membros dos fundos compulsórios da Alemanha). Nos restantes países, as organizações ocupacional e geográfica dos fundos de doença impedem a escolha.

I.2 Financiamento baseado nos impostos (Grupo 2)

Os primeiros sistemas de protecção social apareceram no final do século XIX ou no início do século XX e tomaram a forma de esquemas de seguro social. À semelhança dos países do grupo 1, estes esquemas envolviam geralmente uma multiplicidade de fundos de doença que cobriam uma pequena fracção da população total (em geral, os trabalhadores urbanos e as suas famílias). Com o passar do tempo, foram feitos esforços para aumentar a cobertura da população, como em todos os países que dependiam do seguro social. No entanto, as características abaixo distinguem este grupo de países do grupo de países cujos sistemas de financiamento assentam predominantemente no seguro social:

- à medida que a cobertura era alargada a uma proporção cada vez maior da população, o Estado foi assumindo uma responsabilidade crescente no financiamento através das receitas fiscais;
- a cobertura da população passou a ser universal (i.e. inclui todos os residentes de um país) de modo que as contribuições para o fundo de seguro deixaram de ser o factor determinante para se ter direito a cuidados de saúde;

- os fundos de doença tenderam a perder a sua identidade separada e a sua independência relativamente ao Estado;
- a prestação de serviços de saúde (actividade dos hospitais e de outras instalações de cuidados de saúde, emprego dos médicos e de outro pessoal de saúde) foi-se tornando cada vez mais responsabilidade do sector público.

O processo de transformação do financiamento por seguro social para um financiamento dependente da receita fiscal foi concluído para a maioria dos países pertencentes a este grupo num curto período depois da Segunda Guerra Mundial. Grande parte destes países continuam a ter, embora com diferentes graus, um elemento de seguro social no financiamento dos cuidados de saúde.

As principais características dos sistemas de financiamento dos países que, há algumas décadas atrás, concluíram a transição para um financiamento predominantemente assente na recolha de impostos são as seguintes:

- a maior parte dos custos com cuidados de saúde são suportados pelos impostos gerais, que são recolhidos aos níveis central, regional e/ou local;
- ao contrário dos fundos colectados através de seguros sociais, estes fundos tendem a não serem pré-destinados (por exemplo, na Dinamarca e no Reino Unido);
- em 1989, no Reino Unido, 79% dos custos do Serviço Nacional de Saúde eram financiados pelas receitas dos impostos gerais enquanto 16% eram suportados pelos fundos de seguro social;
- na Finlândia, desde 1972, cerca de 80% dos custos têm sido financiados por receitas dos impostos gerais.

Ao contrário do que acontece com os sistemas baseados no seguro, todos os cidadãos de um país em que o financiamento dos cuidados de saúde assente nos impostos são cobertos pelo sistema compulsório e a cobertura, em termos dos serviços oferecidos, é total. A Irlanda é uma excepção uma vez que tem duas categorias de residentes associadas ao nível de rendimento: apenas o terço mais pobre da população pode receber todos os benefícios em cuidados de saúde sem ter de pagar qualquer montante adicional; a restante parte da população está sujeita a diversos pagamentos directos.

Os sistemas de cuidados de saúde financiados predominantemente através dos impostos e que oferecem uma cobertura total e universal tendem a evitar algumas dificuldades que poderiam emergir no que diz respeito à solidariedade, uma vez que não existe risco de selecção, pela universalidade de cobertura.

Os fundos colectados através do seguro social são usados com propósitos diferentes nos diversos países. Estes fundos são muitas vezes usados para financiar outros programas de segurança social, como as pensões e os benefícios de invalidez, sendo que uma proporção dos fundos recebidos através da segurança social podem ser usados para os cuidados de saúde. No Reino Unido, originalmente, pretendia-se que o Serviço Nacional de Saúde fosse financiado exclusivamente pelas receitas fiscais. No entanto, devido a limitações impostas em tal fonte de financiamento, não restou outra alternativa senão conseguir fundos adicionais a partir da segurança social. Na Suécia, o seguro social contribui para os medicamentos e os serviços médicos da consulta externa e, em 1984, contribuía também para uma pequena parte (8%) dos serviços de hospital. Na Finlândia, as contribuições para o seguro social são usadas sobretudo para serviços de medicina privada, medicamentos e serviços auxiliares.

Os fundos de seguro de saúde perderam a sua identidade independente e foram submergidos pelo sector público. Na Dinamarca, por exemplo, as centenas de fundos de doença que existiam desde o final do século XIX foram extintos em

1973 e os pagamentos de seguro de saúde foram atribuídos às 280 municipalidades.

Tem existido uma tendência pronunciada no sentido de retirar aos governos centrais as responsabilidades financeiras e correspondentes responsabilidades de prestação de serviços de saúde. A Finlândia é o país que progrediu mais neste aspecto e desde 1972 os níveis de administração básicos têm sido as autarquias; estas têm a autoridade de aumentar os impostos e têm a responsabilidade legal pela prestação dos serviços de saúde. A Dinamarca e a Suécia também conseguiram um grau de descentralização significativo. Na Dinamarca, os condados são responsáveis pelo financiamento e pela prestação no que toca aos hospitais e ao reembolso dos cuidados de saúde, enquanto as autarquias têm a responsabilidade pelos centros de cuidados primários e por alguns programas de prevenção. Na Suécia, os conselhos dos condados financiam a maior parte dos serviços hospitalares, incluindo o pagamento dos médicos dos hospitais, através de impostos locais sobre o rendimento. No Reino Unido, a tendência para a descentralização tem tomado uma forma um tanto diferente desde a separação entre os compradores dos prestadores mas, aqui também, a tendência é permitir uma maior autonomia financeira às unidades locais.

O governo central continua a ter um papel, não só para financiar os cuidados públicos de saúde, a investigação médica e os hospitais universitários mas também como uma fonte de subsídios, quer para o sistema de seguro social (como na Suécia), quer para as unidades locais de governo (como na Dinamarca, na Finlândia e na Noruega).

I.3 Sistemas em transição (Grupo 3)

Os países neste grupo são os países do Sul da Europa. Todos iniciaram já um processo de troca de um financiamento predominantemente baseado no seguro social para um financiamento assente nos impostos, semelhante aos países do grupo 2. O principal factor que distingue este grupo do grupo 2 é a componente

temporal: estes países começaram esta transformação mais tarde (finais dos anos 70 a meados da década de 80) e ainda não estabeleceram completamente os seus sistemas baseados nos impostos.

Estes países foram incitados a estabelecer sistemas de financiamento assentes na colecta fiscal pela necessidade reconhecida de aumentar a cobertura a secções da população que previamente não estavam cobertas e pela vontade de prestar todos os serviços de saúde a toda a população. Nos casos da Grécia e de Itália existia também a necessidade de resolver questões relacionadas estruturas organizacionais e de financiamento fragmentadas.

Itália e Portugal foram os primeiros destes países a estabelecer um Serviço Nacional de Saúde, em 1978 e 1979, respectivamente. A Grécia introduziu uma legislação semelhante em 1983 e a Espanha fez o mesmo em 1986, aprovando uma legislação adicional em 1989 para conseguir um financiamento no sentido dos impostos gerais. Em cada um destes quatro países, persistem inúmeras dificuldades associadas aos esforços de reformar os mecanismos de financiamento, sendo que o financiamento permanece misto actualmente. Na Grécia, por exemplo, onde a legislação de 1983 foi apenas parcialmente implementada, os hospitais são financiados em grande parte através dos impostos enquanto que as consultas externas continuam a ser financiadas pelos fundos de seguro. Em Itália, as contribuições para o seguro social representaram quase 40% da despesa pública total em cuidados de saúde no ano de 1990.

I.4 O papel do seguro de saúde privado

Nos países da União Europeia, o seguro privado serve dois propósitos. Por um lado, oferece uma cobertura adicional, voluntária, para certas secções da população cobertas por um Serviço Nacional de Saúde ou por um esquema de seguro compulsório. Os seguros de saúde privados também oferecem uma cobertura voluntária a certas partes da população em países com sistemas de

seguro obrigatório, principalmente à população com elevado rendimento que não tenha outra cobertura.

Um seguro de saúde voluntário para despesas médicas é subscrito por diversas razões. Estas dependem por um lado do método de financiamento de cuidados de saúde predominante no país e, por outro lado, de combinações específicas aos sistemas de financiamento compulsório.

Os sistemas de cuidados de saúde financiados predominantemente através dos impostos oferecem uma cobertura total pelos serviços, grátis no momento de consumo. Por esta razão existe pouco espaço para os seguros privados, que são considerados um bem de luxo. As filas de espera e o racionamento, que estão associados a determinados sistemas baseados nos impostos, encorajam contudo a procura pelos benefícios dos seguros de saúde privados que permitem tempos de espera menores, a escolha do tempo do tratamento, uma maior escolha por médicos ou pelos hospitais e um conforto maior. Exemplos de países neste grupo são a Itália, a Espanha e o Reino Unido.

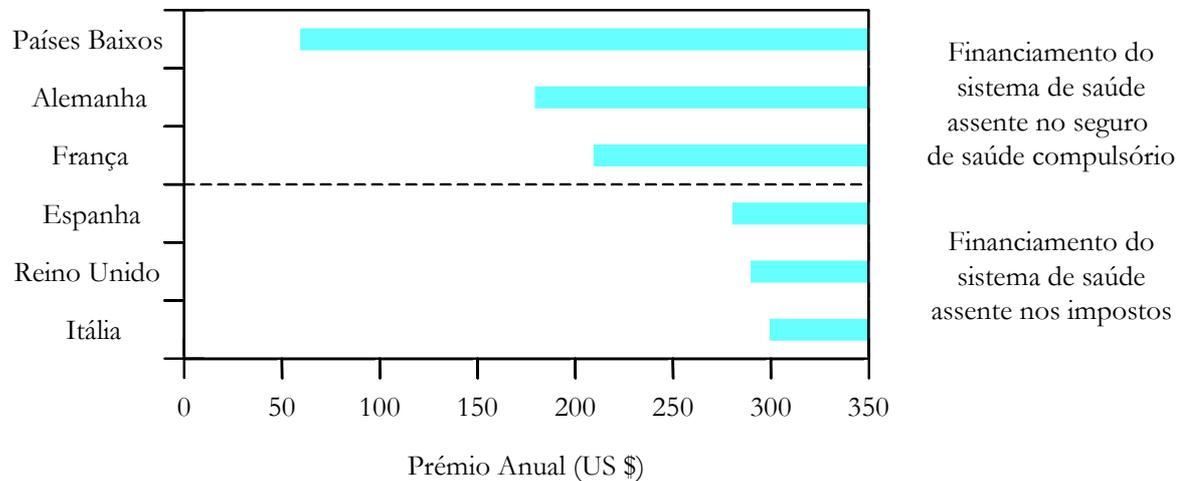
Os sistemas de cuidados de saúde financiados predominantemente através do seguro de saúde compulsório caracterizam-se pela diversidade das combinações estabelecidas. Na Bélgica ou em França, por exemplo, onde os cuidados de saúde são praticamente universais, pagamentos substanciais são realizados no momento em que o serviço é prestado, pagamentos para os quais os doentes são apenas parcialmente reembolsados. Em França, o reembolso varia entre os 40% e os 100%, enquanto na Bélgica está estabelecido um mínimo de reembolso nos 75%. Nestes países, o seguro privado é usado para reembolsar o doente pela percentagem de custos médicos não financiados pelo sistema legal bem como para oferecer uma estadia mais confortável (seguro topping-up).

Nos casos discutidos acima, a maior parte das políticas de seguro privado são suplementares. Pelo contrário, na Alemanha e nos Países Baixos, cujos sistemas de saúde são financiados predominantemente também pelo seguro social, o

seguro privado desempenha um papel semelhante ao seguro compulsório para certas camadas da população. A cobertura pelo sistema compulsório não é universal, devido à possibilidade de escolha por parte daqueles que tenham um rendimento acima de um determinado nível. Na Alemanha, aos mais ricos é oferecida a escolha entre o seguro compulsório e o seguro privado. Trata-se de cerca de 20% da população, metade dos quais escolhe ser assegurado pelos privados. Nos Países Baixos, os cidadãos que tenham um rendimento acima de um nível fixado podem escolher entre assegurarem-se por entidades privadas ou permanecerem sem seguro. Cerca de 40% da população não é coberta pelo sistema compulsório para riscos agudos (toda a população está coberta para riscos crónicos) e a maioria tem um seguro privado. Estes dados podem vir a alterar-se uma vez que foram propostas reformas no sentido de tornar o seguro compulsório para todos. Assim, nestes dois países, o seguro privado ou oferece uma cobertura médica básica aos residentes excluídos pelo sistema compulsório ou possibilita uma cobertura adicional para aqueles que já tenham a cobertura obrigatória. Tanto na Alemanha como nos Países Baixos, a cobertura médica básica leva em conta a maior parte dos prémios de seguro porque é mais cara que o seguro suplementar.

Os padrões discutidos acima vêm representados nas Figuras 1 e 2, que mostram as incursões extremamente variáveis conseguidas pelos seguros privados em alguns países da União Europeia. Os sistemas de saúde que dependem predominantemente no financiamento fiscal mostram uma relutância menor em relação ao financiamento dos seguros privados, como se pode ver pelos níveis dos prémios por cabeça da população e pelas taxas de penetração dos seguros privados (i.e. a percentagem da população que subscreveu seguros privados). Esta é uma consequência da prestação de todos os cuidados por parte dos serviços nacionais de saúde.

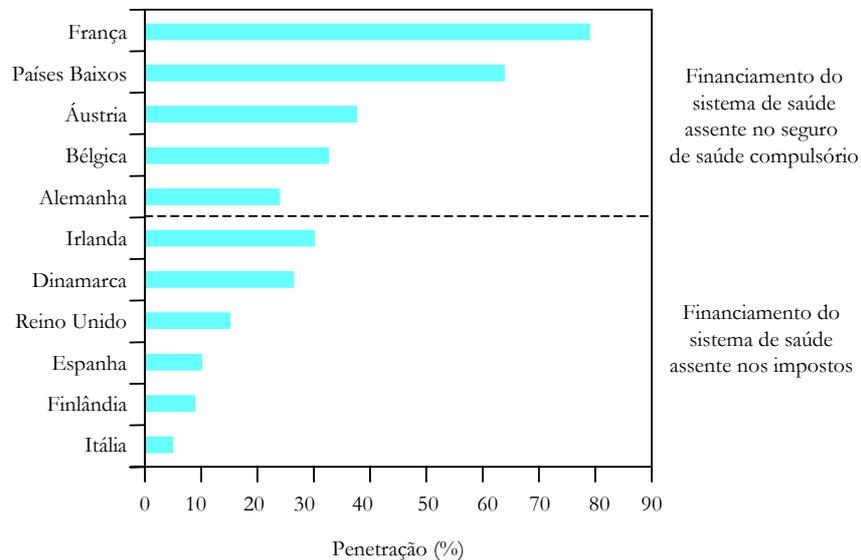
Figura 1: Prémios de cuidados de saúde privados (individuais e de grupo) por cabeça da população em países seleccionados da União Europeia 1993



Fonte: Harcus (1994), OCDE (1992, 1994)

Dois países ficam necessariamente de fora deste grupo: a Dinamarca e a Irlanda. Na Dinamarca, a maior parte do reembolso para seguro privado destina-se a cuidados de medicina dentária e para medicamentos não cobertos pelo sistema público. A Irlanda distingue-se dos restantes países com um financiamento assente nos impostos porque é o único país onde os benefícios cobertos pelo sistema público variam com o rendimento dos indivíduos. Desde 1991, existem duas categorias: o terço mais pobre da população tem direito a uma cobertura total gratuitamente; a outra parte da população deve proceder a determinados pagamentos directos, uns sendo co-pagamentos, outros o pagamento total pelos serviços não incluídos no pacote de benefícios. Assim, existe um relativamente maior espaço para a penetração dos seguros privados na Irlanda.

Figura 2: Penetração do seguro médico privado em países da UE, início da década de 90



Fonte: Harcus (1994)

Enquanto grupo, os países cujos financiamentos para a saúde dependem predominantemente do seguro social compulsório mostram simultaneamente prémios por cabeça mais elevados e uma taxa de penetração superior. As taxas de penetração são muito altas, nos Países Baixos, porque existe uma elevada percentagem de pessoas que optam por prescindir do seguro social e, em França, devido a taxas de reembolso relativamente baixas. Os Países Baixos são o país da União Europeia onde existem os maiores níveis de prémio por cabeça. O nível intermédio encontrado em França - que ao mesmo tempo tem a maior penetração do seguro privado na Europa, 80% - deve-se ao facto da cobertura de saúde privada ser quase exclusivamente suplementar, o que implica prémios de longe menores que a cobertura para serviços médicos básicos.

Em vários países da União Europeia, o seguro privado tem vindo a crescer, embora algumas vezes a uma taxa muito baixa. As taxas de crescimento podem acelerar nos próximos anos se os governos tentarem cortar nas despesas em cuidados de saúde aumentando a proporção de custos suportados pelos doentes.

2. Afecção dos recursos

Vários países começaram a trocar os modelos integrados de provisão por outros onde os terceiros pagadores públicos (ou quase públicos) estão separados dos prestadores de cuidados de saúde. À medida que as relações de gestão entre estes actores vão enfraquecendo, os mecanismos de afecção de recursos tornam-se cada vez mais salientes permitindo aos pagadores alcançar o controlo das despesas ao nível macro bem como uma eficiência institucional melhorada. As estratégias chave para uma afecção dos recursos mais efectiva passam predominantemente pelos mecanismos de contratualização e pelos sistemas de pagamento a profissionais e instituições.

De notar que a forma de financiamento ajuda a explicar, em alguma medida, o modo como o pagamento hospitalar se encontra organizado. Por exemplo, países com financiamento baseado em contribuições sociais têm uma maior tradição de hospitais próximos de uma organização empresarial do que países com sistemas de saúde financiados via impostos e provisão de cuidados hospitalares assegurada pelo sector público.

II.1 Comprar melhor

Em diversos países da União Europeia, a contratualização é vista como um instrumento para implementar os objectivos de política da saúde. Trata-se de um mecanismo coordenador que permite uma alternativa aos modelos tradicionais de comando e controlo de gestão dos cuidados de saúde. Um elemento essencial da contratualização é que possibilita uma afecção institucional dos recursos mais "orientada para o mercado" uma vez que é baseada na separação das funções de comprador e de prestador. Os mecanismos de contratualização obrigam os terceiros pagadores e os prestadores a explicitamente se

comprometerem e geram a motivação económica para que esses compromissos sejam cumpridos.

Nos sistemas de saúde baseados no seguro social, os contratos entre os terceiros pagadores e os prestadores de serviços de saúde existem há muitos anos. Na Alemanha e nos Países Baixos, por exemplo, as complexas estruturas institucionais têm-se desenvolvido para representar os seguradores de saúde e os médicos na negociação dos esquemas de pagamento. Estes arranjos contratuais existiam no início para estabilizar as relações entre o segurador e o prestador. Nas reformas actuais, em particular nos sistemas de saúde assentes em impostos, a contratualização é um instrumento para as negociações de preços e qualidade, além de assegurar a concordância do prestador.

A introdução da contratualização não deve ser vista como um desenvolvimento que ocorre apenas no sector da saúde. Na prática, é parte de um processo maior que acontece em diversos sectores das políticas públicas e da sociedade. O sociólogo holandês De Swaan tem descrito este processo em termos de transição de uma sociedade sob comando para uma sociedade negociador, em que as relações contratuais substituem as relações hierárquicas tradicionais. Sob o ponto de vista dele, existem duas explicações principais para esta deslocação no sentido de um maior equilíbrio simétrico dos poderes da sociedade. As rápidas alterações tecnológicas e a necessidade crescente por maiores eficiência e inovação requerem mais um tipo de coordenação eficiente do que um modelo de controlo rígido. O processo de democratização e a individualização na sociedade apontam no mesmo sentido. De acordo com De Swaan, o modelo de contratualização tem um potencial maior para dar uma pronta resposta às necessidades do indivíduo ou de um pequeno grupo do que o modelo controlador. Estas observações são também relevantes para perceber o processo de mudança actual nos sistemas de cuidados de saúde. O primado da liberdade de escolha, aliado a uma necessidade de maior capacidade de adaptação à imitação das oportunidades de tratamento favorece o desenvolvimento da contratualização como instrumento governador das relações na área da saúde.

II.1.1 Questões conceptuais

Os proponentes da contratualização apresentam quatro razões principais para sua a introdução nos sistemas baseados em impostos.

(1) Encorajar a descentralização da gestão

Um estudo no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido mostra que a contratualização permite uma delegação de responsabilidades ao longo da linha de gestão, possibilitando aos gestores de nível hierárquico inferior mais poder para gastar os recursos de acordo com as necessidades das populações. Dois mecanismos principais podem ser usados para descentralizar a gestão através da contratualização: compromissos bem especificados entre as partes contratantes em termos de serviços a serem prestados e reafecção do risco entre os compradores e os prestadores.

O primeiro mecanismo torna os compromissos dos prestadores actuais em vez de serem apenas formais. Estes compromissos são definidos em termos de resultados em vez de o serem em termos de desempenho dos factores de produção e estão ligados à disponibilidade de recursos financeiros. Além disso, a clara especificação dos compromissos por parte de ambos os lados torna a descentralização da gestão um imperativo das políticas governamentais mais do que uma mera escolha subjectiva dos tomadores de decisão. Valorizam-se os resultados obtidos (em termos de ganhos de saúde para as populações) e não os recursos usados.

Os contratos também oferecem as tradicionais combinações de partilha do risco. A responsabilidade dos terceiros pagadores em cobrar despesas inesperadas dá lugar à partilha contratual dos riscos entre compradores e prestadores. Os tipos de arranjos de partilha do risco variam entre a provisão contratual simplificada nos contratos de custos e volume com os hospitais (como acontece nas reformas

do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido) aos vários esquemas orçamentais para os cuidados primários (Reino Unido e algumas regiões da Suécia por exemplo). A característica comum é que os prestadores tornam-se responsáveis por algum grau de despesa imprevista.

(2) Melhorar o desempenho dos prestadores

As provisões contratuais bem definidas podem levar a melhor sobre as responsabilidades pouco claras dando aos pagadores alavancas que permitam influenciar o comportamento dos prestadores. Os hospitais e os médicos ficam financeiramente responsáveis por oferecer um volume determinado, qualidade e serviços a preços negociados ou regulados.

A contratualização incorpora também a monitorização e a avaliação de um conjunto de indicadores de desempenho. Por exemplo, os contratos actuais no Serviço Nacional de Saúde britânico formalizam este processo especificando objectivos e indicadores de desempenho. Estes permitem aos compradores substanciar objectivos por melhores desempenhos do prestador e possibilitam a resolução das disputas entre as partes. A maior limitação para a implementação da contratualização é a falta de dados adequados.

(3) Melhorar o planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde

O argumento para usar a contratualização como instrumento de planeamento é que a contratualização oferece uma ligação directa entre o planeamento e a afectação dos recursos. Os prestadores são motivados economicamente para seguir as estratégias planeada nos termos contratuais.

A contratualização pode ser vista como um modo alternativo de fazer algumas das coisas que têm sido tradicionalmente conseguidas através do planeamento. Após determinar as necessidades em cuidados de saúde e depois de estabelecer as

prioridades, os compradores pagam aos prestadores a oferta dos serviços que melhor satisfazem as necessidades dos residentes.

Além disso, a contratualização podem encorajar o desenvolvimento dos sistemas de informação. Os compradores interessados na prática da boa contratualização requerem informação sobre o estado da saúde, as necessidades e os resultados de saúde, os custos dos serviços e o desempenho dos prestadores, sem os quais não podem ser estabelecidos contratos informados.

(4) Melhorar a gestão dos cuidados de saúde

Um dos maiores objectivos da contratualização é encorajar um salto dos cuidados de internamento para os cuidados externos além de intervenções médicas mais efectivas do ponto de vista dos custos.

II.1.2 Abordagens à contratualização

São possíveis duas abordagens. Primeiro, a contratualização pode ser vista como um instrumento de planeamento e da gestão dos cuidados de saúde tanto em ambiente competitivo como em ambiente não competitivo. Isto implica que os contratos podem ser uma parte integral do processo de planeamento independentemente do papel que os mecanismos de mercado desempenham na afectação dos recursos. Por outras palavras, a contratualização é vista como a formalização dos processos de planeamento e de gestão, em que as partes contratantes assumem compromissos explícitos em relação aos objectivos e metas combinados.

Na segunda abordagem, a contratualização é vista como um instrumento para fazer uma escolha não informada de prestadores. Este tipo de contratualização é implementada em ambientes competitivos e é desenhada para encorajar a disputa competitiva por pacotes de serviços e benefícios médicos.

As duas abordagens não são necessariamente mutuamente exclusivas. As condições estabelecidas pelos compradores no processo da disputa competitiva podem incluir provisões para melhorar o planeamento e a gestão da estrutura de cuidados de saúde.

Os contratos definem as relações entre as diferentes categorias de participantes em qualquer sistema de cuidados de saúde. Os tipos de contratos variam imenso. Os contratos podem ser analisados tendo em conta quatro elementos básicos: quem são as partes contratantes, o estatuto legal dos contratos do sector da saúde, o tipo particular dos mecanismos de contratos e a extensão da contratualização (por exemplo, relações bilaterais vs. relações multilaterais).

II.1.2.1 Partes contratuais

No modelo de Beveridge, o lado da procura é representado pelas autoridades públicas do sector da saúde. Uma inovação recente na Suécia e no Reino Unido é que os prestadores públicos de cuidados primários agem também enquanto compradores de cuidados. Os prestadores estão do lado da oferta. O assunto dos contratos pode não ser só cuidados de internamento ou consulta externa mas também saúde pública, programas para doenças específicas ou cuidados para a comunidade. No modelo de Bismarck, o espaço para o governo contratar é bastante mais estreito uma vez que os seguradores legais actuam como compradores de cuidados. Neste caso, a contratualização acontece entre os seguradores e os empregadores ou subscritores individuais e entre seguradores e prestadores. Isto pode ser acompanhado por contratos entre seguradores e o governo para dar subsídios e entre os seguradores e as agências centrais de seguro.

No modelo de Bismarck, as relações comprador/prestador podem ser reguladas por contratos colectivos em vez de contratos individuais; tais contratos são assinados entre as associações de médicos e os seguradores (ou as suas associações).

Existe uma distinção entre a contratualização "dura" e a contratualização "leve". Na contratualização dura, as partes contratantes são relativamente autónomas e fazem fortemente valer os seus interesses. Na contratualização leve, os contratos têm um grau menor de formalidade e as partes contratantes têm interesses mais semelhantes. A relação entre os terceiros pagadores e os prestadores depende vastamente da cooperação, do apoio mútuo, da confiança e da continuidade nas relações, por oposição à competição e ao oportunismo. Os contratos leves têm menor probabilidade de serem legalmente impostos. Nas relações contratuais que seguiram as reformas do Serviço Nacional de Saúde britânico, por exemplo, os contratos não são documentos legais e o governo não quis que fossem aplicáveis por força legal. Deste modo, estes arranjos são também designados como "combinações de serviços" e "acordos" e não podem ser definidos como contratos no sentido legal.

Os compradores podem desempenhar papéis diferentes dependendo do estatuto legal dos prestadores. Ao contratar com prestadores independentes ou autónomos (por exemplo, consórcios hospitalares), as autoridades de saúde agem enquanto compradores com todos os direitos e responsabilidades presentes numa troca. Ao contratar com prestadores estatais, agem enquanto "comissários" ou representantes do governo. No primeiro caso, existe uma divisão entre comprador e prestador; no segundo caso, a divisão existe entre comissário e prestador.

A distinção entre comprar e ser encarregue de uma missão pode ser relacionada com a distinção entre contratos duros e contratos leves. As relações comprador/prestador podem ser baseadas ou em contratos duros ou em contratos leves. As relações comissário/prestador são certamente menos formais e são baseadas na confiança, na continuidade e na cooperação.

II.1.2.2 O conteúdo dos contratos

São usados três tipos de contratos.

(1) Contratos rígidos

Estes contratos podem ser comparados a um orçamento para um serviço definido. O comprador (ou o comissário) compromete-se em pagar um montante em troca ao acesso a um rol de serviços estabelecidos. Os contratos rígidos podem conter adicionalmente combinações que digam respeito ao volume máximo e ao volume mínimo dos serviços a serem prestados e na monitorização da qualidade, embora esta área ainda permaneça pouco desenvolvida devido à falta de informação sobre os resultados de saúde.

(2) Contratos de custo e volume

Estes contratos constituem um refinamento dos contratos rígidos uma vez que o pagamento para determinados serviços está mais explicitamente relacionado com os serviços a serem oferecidos. Por exemplo, pode ficar estipulado que o comprador (ou o comissário) pague um montante estabelecido para um número determinado de doentes a serem tratados numa especialidade. Num refinamento suplementar, os pagamentos podem ser diferenciados de acordo com o serviço prestado (por exemplo, categorias de custo elevado, de custo médio e de custo baixo).

(3) Contratos de custo por caso

Um único custo é estabelecido para cada item de serviço. Até hoje, poucos contratos deste tipo foram realizados uma vez que este tipo de acordos requer informação sobre o custo dos tratamentos individuais com graus de detalhe e precisão não disponíveis actualmente. Os sistemas de informação de custos estão

a ser desenvolvidos e são cada vez mais usados para alcançar uma gestão de recursos mais eficaz.

II.1.3 A implementação da contratualização

As práticas de contratualização na União Europeia diferem muito, reflectindo o modelo de financiamento e a organização dos cuidados de saúde encontrados em cada país. Os países podem ser divididos em três grupos no que diz respeito à contratualização:

- (1) os países que seguem o modelo de Beveridge;
- (2) os países que seguem o modelo de Bismarck;
- (3) os países do Sul da União Europeia com um modelo misto.

II.1.3.1 Os sistemas de saúde ao estilo Beveridge

As reformas nos cuidados de saúde que introduzem a contratualização nos países de grupo de Beveridge procuram suavizar os elementos de comando e controlo do modelo. A contratualização implica a introdução de uma divisão dentro do sector público de saúde entre pagadores e prestadores. Entre os países deste grupo, três já introduziram directamente a contratualização:

- (1) Finlândia

Desde o início de 1993, as reformas dos sistemas de subsídio do Estado criaram uma configuração comissário/prestador. O financiamento e a provisão de cuidados de saúde são responsabilidade das autarquias. Como parte das reformas que alteraram o sistema de subsídios do Estado, as municipalidades obtiveram uma maior liberdade para organizar a prestação dos serviços e foi-lhes dada a possibilidade de desempenhar um papel mais activo relativamente aos

prestadores, embora mantenham a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde. Em resultado destas reformas, o financiamento dos hospitais alterou-se dependendo das receitas dos serviços pedidos pelas autarquias.

Um objectivo chave destas reformas foi aumentar a flexibilidade municipal na provisão de serviços, com a correspondente redução do controlo do governo central. Isto caminha lado a lado com os esforços de reforçar a posição das municipalidades relativamente aos prestadores dos hospitais. Não é claro actualmente que estas reformas conduzem a uma divisão total entre comprador e prestador.

(2) Suécia

Diversos países introduziram as actividades de compra e de venda entre uma agência pública ao nível do condado (ou do sub-condado) e os hospitais do condado. Outros elementos destas reformas incluem: contratualizar as relações entre os condados e os prestadores privados, os prestadores de cuidados primários em alguns países passarem a agir enquanto compradores de cuidados de internamento e a escolha do consumidor no que diz respeito às condições dos cuidados de internamento e das consultas externas.

(3) Reino Unido

As partes contratantes do lado do comprador que emergem da divisão comprador/prestador incluem: as autoridades de saúde locais, que estavam previamente envolvidas no financiamento e na gestão dos hospitais e dos serviços comunitários; e médicos de clínica geral detentores de fundos, originalmente organizados em práticas de grandes grupos com mais de 9000 doentes, que têm usado a opção de ficar com orçamentos para determinados serviços de internamento, electivos e de consultas externas. Estes dois grupos de compradores contratam com consórcios hospitalares públicos do Serviço

Nacional de Saúde britânico que têm autonomia na sua gestão, com hospitais privados e/ou com serviços comunitários.

De acordo com a classificação dos contratos descrita acima, as autoridades de saúde locais agem enquanto comissários mais do que compradores; os médicos de clínica geral detentores de fundos, por outro lado, actuam apenas enquanto compradores.

II.1.3.2 Os sistemas de saúde ao estilo Bismarck

A contratualização tem feito parte dos sistemas de saúde, baseados no seguro social, ao estilo Bismarck da Europa continental desde o início. Até há pouco tempo, contudo, estes contratos não se concentravam no preço ou na eficiência; nem os contratos eram tomados como sendo contestáveis. Em vez disso, os tradicionais contratos de seguro social formalizavam simplesmente uma combinação de pagamento de longo prazo. Estes contratos eram tipicamente negociados entre as associações de fundos de doença (os pagadores) e as associações de hospitais e/ou de médicos (prestadores), sob a condução da legislação nacional.

Desde o final da década de 80, no entanto, os Países Baixos tem tentado introduzir uma forma de contratualização mais sensível ao preço, que poderia incorporar pagamentos de prémio pelos indivíduos bem como contratos entre os terceiros pagadores (os fundos de doença) e as instituições prestadoras. A Alemanha tem agendada a introdução de condições semelhantes.

(1) Alemanha

A contratualização na Alemanha permanece largamente um exercício de relações formais, embora elementos de eficiência financeira haviam começado a desempenhar um papel. Um esforço foi feito para aumentar o poder discricionário dos seguradores sobre os prestadores no seguimento da legislação

de reforma da saúde de 1989, quando foi dada a liberdade aos fundos de doença de cancelar contratos com hospitais ineficientes. No entanto, a natureza colectiva (por oposição a selectiva) dos contratos permanece. Outra provisão importante nesta legislação é que os hospitais estavam obrigados a publicar as listas de preços.

A remuneração dos médicos no sector das consultas externas é baseada num sistema de pontos. Os contratos assinados ao nível nacional entre as associações federais de fundos de doença e as associações federais dos médicos estabeleceram um esquema de pagamento que inclui cerca de 2500 itens de serviço, bem como uma escala relativa de pontos. Estes termos não são revistos com muita frequência. As associações de fundos de doença ao nível dos "Land" (os compradores) negociam com as associações de médicos ao nível nacional para pagar um pagamento fixo prospectivo, distribuído pelos médicos de acordo com o esquema de pagamento negociado nacionalmente e o volume de serviços prestados. Os médicos são reembolsados numa base de pagamento por serviço usando uma tabela de preços, a escala relativa de pontos e um valor monetário por ponto. Uma vez que o montante total a ser transferido para as associações de médicos é um pagamento fixo, o pagamento por ponto é inversamente proporcional ao volume de serviços prestado colectivamente pelos médicos.

A remuneração dos hospitais é determinada pelos contratos entre as associações de hospitais e as associações dos fundos de doença e é baseada numa taxa diária combinada a ser paga por cada dia de doente. O volume é controlado através de um orçamento global prospectivo que, desde 1996, foi também controlado através de uma bolsa de receitas ao nível dos "Land". Os contratos podem também incluir combinações sobre a qualidade dos serviços.

Comparada com a contratualização actualmente praticada no Reino Unido, os compradores alemães estão mais limitados, em particular no que diz respeito à especificação dos serviços.

(2) Países Baixos

O comité Dekker de 1987 propôs usar a contratualização como um instrumento para alterar o equilíbrio de forças dos prestadores para os seguradores. A relação dos fundos de doença com os prestadores (hospitais e médicos) esteve para ser alterada abolindo o requisito dos fundos concluírem os contratos com todos os prestadores interessados e garantindo aos fundos de doença a liberdade para contratarem selectivamente. No novo sistema, os seguradores poderiam ser discricionários em relação aos prestadores com quem tinham estabelecido contratos. Tal contratualização voluntária transformaria os seguradores de administradores de fundos passivos para compradores e gestores mais activos. Enquanto foi dada a liberdade aos seguradores de contratar selectivamente com os médicos, tal não foi ainda implementado no que diz respeito aos hospitais.

O novo esquema de contratualização está desenhado para alterar o padrão da relação entre os seguradores e os cidadãos individuais. Os seguradores procuram aumentar a sua quota de mercado oferecendo benefícios médicos adicionais, tais como avaliações médicas anuais, cuidados no estrangeiro de modo a limitar os tempos de espera e serviços médicos para além do pacote básico. Trata-se de um novo desenvolvimento uma vez que, até recentemente, nos Países Baixos (bem como noutros países do estilo Bismarck), os contratos eram determinados por regulação governamental e os cidadãos abaixo do tecto de rendimento do fundo de doença tinham pouca escolha por entre os seguradores.

II.1.3.3 Os países do Sul da Europa

Grécia, Itália, Portugal e Espanha têm todos sistemas mistos que combinam elementos dos modelos de Bismarck e de Beveridge. Embora existam reformas em algumas regiões de Itália (Emilia Romagna e Veneto) e de Espanha (Catalunha e País Basco), em geral estes países ainda não implementaram a contratualização entre os pagadores (nestes casos, o governo ou as autoridades públicas) e os prestadores. Em Espanha, as propostas de 1991 incluíam a divisão

entre o comprador e o prestador que levariam ao desenvolvimento da contratualização. As recomendações foram no entanto apenas parcialmente implementadas. De qualquer modo, o movimento é no sentido de contratualizar a actividade hospitalar, embora possa constituir uma novidade nestes países com uma tradição muito recente de "serviço nacional de saúde". É no entanto uma prática corrente mais a Norte, até porque a própria configuração do sistema a isso obriga.

II.1.3.4 Questões-chave da contratualização

A passagem para modelos de contratualização, de custo e volume e de custo por caso, mais sofisticados, é limitada por existir informação insuficiente para conduzir a uma política de compra de cuidados de saúde eficaz. Os requisitos informacionais mínimos para uma contratualização eficaz incluem dados sobre o fluxo dos doentes, custos e utilização de informação entre especialidades ou grupos de diagnóstico e informações demográficas e de grupos de risco. Grandes investimentos devem ser feitos em sistemas de informação, incluindo a capacidade para processar facturas. É também importante disseminar a informação de modo a permitir uma escolha racional de prestadores. A resistência das autoridades de saúde e das profissões médicas à angariação e distribuição da informação de saúde, bem como a tendência por parte dessas entidades em manipular a informação disponível deve ser ultrapassada.

Uma questão associada é o aumento dos custos de transacção, i.e. os custos associados com a interacção contínua entre compradores e prestadores (que precisa por exemplo de análises de desempenho, de negociações ou de monitorizações). Aumentos substanciais na qualidade e na eficiência são necessários para justificar estes custos adicionais. De modo a reduzir os custos de transacção, alguns académicos encorajam os compradores e os prestadores a entrarem em relações contratuais de longo prazo, em vez de olhar para as suas tarefas como fazendo acordos de mercado altamente vantajosos.

A adopção de um sistema de afectação de recursos baseado na contratualização tem um número de implicações para os recursos humanos. O pessoal tem de ser treinado e apoiado até ao longo prazo enquanto desenvolve capacidades negociais sofisticadas para uma contratualização efectiva. Mesmo com essas capacidades, os compradores encontram tipicamente dificuldades negociando numa base igual com os prestadores, uma vez que estes dominaram durante muito tempo a maior parte das decisões respectivas à prestação de cuidados. Pelo contrário, os prestadores estão extremamente preocupados com a redistribuição da autoridade envolvida na contratualização.

II.2 Pagamento aos prestadores

Os vários países da União Europeia pretendem sistemas de pagamento para os profissionais e as instituições que encorajem o acesso dos doentes a cuidados eficientes e de elevada qualidade e alcancem os objectivos de eficiência e de contenção dos custos. Esta secção descreve o impacto de diferentes sistemas de pagamento aos médicos e aos hospitais e apresenta reformas recentes destes mecanismos que tenham sido adoptadas nos diferentes países europeus.

II.2.1 Pagar aos médicos

Desenhar sistemas de pagamento aos médicos envolve reconhecer os objectivos e as restrições particulares que motivam o comportamento destes profissionais da saúde. Um elemento chave é a incerteza e a assimetria de informação entre o médico e o doente, que está subjacente à sua relação. Há a preocupação de que esta relação possa produzir um fenómeno de procura induzida pela oferta através do qual os médicos, actuando enquanto agentes dos doentes, aumentam a procura pelos seus próprios serviços de modo a maximizar os seus rendimentos pessoais.

II.2.1.1 No sentido de um sistema de pagamento óptimo

Um sistema de pagamento óptimo procura alcançar uma variedade de objectivos de política, incluindo: o uso eficiente dos recursos, a acessibilidade, a qualidade, uma abordagem global à saúde em que se insere a prevenção, a escolha do médico para o doente, a liberdade profissional para o médico e a sua implementação imediata.

Existem três formas principais de pagamento aos médicos: pagamento baseado no acto, salário e capitação. Cada um destes três modos de pagamento pode ainda ser combinado com a possibilidade de recompensas para as boas práticas. Ao tentar-se estabelecer uma tipologia de sistemas de pagamento que envolva o ambiente organizacional em que os médicos exercem, as três questões seguintes devem ser colocadas:

(1) O que é pago?

Três diferentes sistemas de pagamento podem ser definidos sob esta categoria. O primeiro é uma remuneração (baseada em salários) pelo recurso em si, i.e. o tempo gasto pelo médico. Sob este sistema, o médico trabalha dentro de um horário pré-definido e combina diferentes actividades como o trabalho médico, as tarefas administrativas e o ensino.

O segundo sistema é uma remuneração (pagamento baseado no acto; na terminologia anglo-saxónica, designa-se por "fee-for-service") pelos serviços que este recurso produz. Tais sistemas são organizados em torno de uma grelha de pagamentos que classificam as actividades dos médicos com graus de precisão variáveis. É possível distinguir dois tipos de casos de acordo com a inclusão ou não de custos fixos (equipamento clínico, por exemplo). Se os custos fixos são incluídos, a compra de equipamento de capital pode revelar-se um factor determinante do volume de serviços realizado, como é o caso da radiologia.

O terceiro sistema é um pagamento (por capitação) pela responsabilidade da saúde do doente. Dois tipos de pagamento por capitação podem ser distinguidos: a responsabilidade pela saúde de uma população por um determinado período de tempo ou a responsabilidade pelo tratamento de um episódio de cuidados. Este segundo tipo está a meio caminho entre o pagamento baseado no acto e a capitação e permanece bastante circunscrito.

(2) Quem determina o nível da remuneração?

Podem ser identificadas três opções. A primeira hipótese de escolha é os próprios médicos fixarem livremente o pagamento deles. Não se trata de uma opção muito comum mas é empregue em França para os médicos do "Secteur II". A partir de 1980, é dada a possibilidade aos médicos franceses das consultas externas de estabelecer o seu próprio pagamento. Como contrapartida, os médicos que optassem por esta modalidade, os médicos do "Secteur II", têm de enfrentar maiores contribuições para o seguro social. Cerca de 26 % dos médicos (principalmente especialistas) escolheram o "Secteur II".

A segunda opção prevê negociações entre os representantes dos médicos e o terceiro pagador. As grelhas de pagamento podem determinar o nível dos pagamentos que os médicos podem desejar mas têm poder discricionário ao aplicar essas grelhas. Num sistema "fechado", i.e. onde se aplicam limites sobre a despesa global, as negociações determinam a despesa total, enquanto num sistema "aberto", ajustamentos de quantidades podem ocorrer e a despesa total é conhecida retrospectivamente apenas.

A terceira possibilidade é a determinação do nível de rendimento por uma agência central. Neste caso, o nível de rendimento e a sua evolução ao longo do tempo pode depender do número de anos de trabalho ou estar associado com o desempenho actual do médico.

(3) Quem paga?

Existem três alternativas para quem paga o médico: o consumidor, como em França, onde o doente paga a totalidade da conta sendo depois parcialmente reembolsado pelo seguro de saúde; o terceiro pagador, como uma companhia seguradora; ou a instituição empregadora do médico.

Combinando tudo isto, são obtidas 15 combinações (opções) possíveis que permite ao fazedor de política considerar o ambiente (a relação com o terceiro pagador e o doente) em que o médico exerce. Para além do valor tipológico, esta abordagem pode ajudar a prever impactos dos diferentes tipos de sistemas de pagamento.

II.2.1.2 Avaliação dos sistemas de pagamento actuais

Os sistemas de pagamento aos médicos podem ser divididos em dois grupos: retrospectivo e prospectivo. A diferença entre o pagamento por capitação e o pagamento baseado no acto pode ser melhor entendida se for feita referência à componente temporal: o pagamento do recurso (pagamento baseado no acto) é um pagamento retrospectivo, enquanto o pagamento pela responsabilidade (capitação) é um pagamento prospectivo para o período coberto pelo acordo. Os sistemas baseados em salários podem ser agrupados com a capitação considerando que a remuneração total é conhecida previamente e os diferentes incentivos que influenciam o médico são semelhantes.

(1) Sistemas de pagamento retrospectivos

Os próprios prestadores descrevem frequentemente as vantagens do pagamento baseado no acto em termos da liberdade conseguida e da maior continuidade nos cuidados. Isto tem sido documentado em diversos estudos. Por exemplo, Hickson (1987) comparou o efeito de associar aleatoriamente 18 médicos pediatras ou ao

pagamento baseado no acto ou aos salários. Os resultados mostraram que os médicos pagos pelo sistema do pagamento baseado no acto tinham 22% de consultas a mais por doente do que os médicos assalariados. Em termos de continuidade nos cuidados, os doentes tinham maior probabilidade de serem vistos pelo seu médico regular se este fosse pago pelo sistema do pagamento baseado no acto.

A desvantagem é que o pagamento baseado no acto é um sistema "aberto no fim" que oferece aos prestadores um cheque em branco para encorajar a procura se estes o quiserem. Diversos estudos mostram diferenças nas taxas cirúrgicas entre países com diferentes sistemas de pagamento, como entre o Canadá e o Reino Unido. Tanto o Canadá como os Estados Unidos da América apresentam maiores taxas cirúrgicas para intervenções comuns, não tanto devido a diferenças na incidência e na prevalência da doença mas pela falta de consenso em torno das indicações para cirurgia, por variações no uso e na disponibilidade da tecnologia e pelo sistema de pagamento baseado no acto no Canadá e nos Estados Unidos.

Vários estudos consideraram o efeito de um aumento do rácio médico:população no nível das taxas de pagamento e de utilização. Os estudos mais recentes, que têm por base experiências naturais, procuraram revelar evidência sobre os poderes discricionários dos médicos, analisando as implicações das restrições institucionais (como os sistemas de remuneração) nos níveis de actividade e no conjunto dos serviços prestados. Os resultados indicam claramente que os médicos têm a capacidade de suavizar o impacto de taxas reduzidas aumentando a quantidade de serviços prestados e alterando o mix, o que lhes permite manter os seus objectivos de rendimento (ver por exemplo Rice (1983, 1984), Labelle et al. (1990) e Rochaix (1991, 1993)).

Assim, em geral, os poderes discricionários dos médicos não são nem mito nem realidade. Têm o potencial de ser usados sob certas condições e estão relacionados com o método de remuneração, com a oferta de médicos, com o sistema de reembolsar os doentes e com outras variáveis institucionais. Em

particular, têm uma maior probabilidade de serem significativos quando existe uma maior incerteza sobre a eficácia médica.

Dois outros problemas associados aos sistemas de pagamentos baseado no acto são as "taxas desagradáveis" e a "substituição de factores". As "taxas desagradáveis" dizem respeito à manipulação das tabelas de preços pelo médico de modo a maximizar o seu rendimento. Dada a informação imperfeita do pagador, o processo de negociação pode conduzir a uma estrutura de taxas enviesada, com uns processos mais lucrativos que outros. Uma comparação entre a prevalência dos partos normais e a prevalência dos partos por cesariana, por exemplo, indicou que as taxas mais elevadas para a secção de cesarianas pode ser um factor significativo na escolha dos partos normais. A "substituição de factores" tem que ver com o facto de, num sistema de pagamentos baseados no acto, os médicos não delegam para outros prestadores de saúde (os enfermeiros em particular) tão prontamente como delegariam se fossem assalariados ou pagos por capitação.

(2) Sistemas de pagamento prospectivo

Os sistemas de pagamento prospectivo procuram oferecer incentivos aos médicos para controlar a despesa e desenvolver uma prática mais ao estilo do custo-eficácia. Os pagamentos por cabeça dividem a ligação entre a quantidade de serviços prestados e a remuneração financeira, envolvendo assim uma distorção mínima de apreciação médica profissional pura. A investigação nos Estados Unidos da América que consistentemente apontava para uma despesa menor por doente com cuidados pré-pagos para doentes comparáveis sob sistemas de cuidados de saúde baseados em pagamentos por serviço (Luft, 1978) tem sido corroborada por evidência mais recente (Greenfield et al., 1992). Além disso, estes sistemas dão incentivos aos médicos para introduzir medidas preventivas e podem levar a uma melhor distribuição geográfica dos profissionais.

Por outro lado, o pagamento prospectivo pode encorajar os prestadores a reduzir o valor do tratamento para o qual recebem uma unidade de pagamento. Os médicos podem vir a reduzir o tempo das consultas, prescreverem excessivamente ou ainda vir a enviar demasiados doentes para os hospitais. Além disso, os sistemas de pagamento prospectivo podem conduzir a uma menor motivação e reduzir o bom atendimento dos doentes. Finalmente, este tipo de pagamento por fornecer incentivos aos prestadores para não receber os pacientes mais doentes que se tornariam pouco rentáveis.

II.2.1.3 No sentido de sistemas de pagamento associados ao desempenho

A discussão de acima sobre as vantagens e as desvantagens dos sistemas de pagamento, retrospectivo e prospectivo, sugerem que nenhum sistema é ideal, embora os efeitos perversos em cada caso possam ser agravados pelo meio em que os médicos exercem. Logicamente, a solução poderá ser encontrada num misto dos dois sistemas de pagamento que combinam incentivos para o desempenho e controlo dos custos.

Em geral, os problemas de contenção dos custos dos sistemas de pagamento baseado no acto e a baixa motivação do pessoal com sistemas baseados em salários têm dado origem a uma tendência entre os países da União Europeia de adoptar sistemas de pagamento mistos, combinando o crescimento da produtividade com uma maior preocupação com a satisfação do doente e um controlo adequado sobre os custos. A análise das várias reformas dos sistemas de pagamento aos médicos parece mostrar um diagnóstico comum: a necessidade em reduzir os incentivos perversos encontrados nos dois principais tipos de remuneração (retrospectivo e prospectivo). Este dilema comum tem sido apelidado de "problema de transformação": "como devem as condições sociais nos cuidados de saúde serem desenhadas de modo a assegurar que o comportamento profissional dos médicos, ao nível individual, resulte, ao nível colectivo, no controlo dos custos?"

Existem no entanto diferenças na situação inicial. Os países com sistemas abertos no fim onde prevalece o pagamento com taxas por serviços têm dado prioridade nas suas reformas aos objectivos de eficiência em termos de custos. Em vez de se deslocarem no sentido de sistemas de pagamento mistos ao nível do médico de modo a combinar os objectivos de eficiência ao nível individual e ao nível colectivo, têm estabelecido objectivos de eficiência de custos ao nível colectivo. A razão para tal reside na situação inicial: um sistema de pagamento baseado no acto raramente permite aos reguladores espaço de manobra suficiente para obrigar legalmente tais pagamentos mistos. Tudo o que pode ser negociado é um limite sobre a despesa total dos médicos. Pelo contrário, os países que tinham já sistemas fechados ou com salários ou com a capitação têm-se concentrado nos problemas de eficiência individual deslocando-se para sistemas de pagamento mistos.

Assim, o que parecem ser deslocções em sentidos opostos é, na prática, motivado pelo mesmo desejo de combinar os objectivos de eficiência ao nível individual e ao nível colectivo, apesar de começarem em situações diferentes. Até certo ponto, a terapia pode ser vista como sendo comum: o uso de incentivos muito associados ao desempenho. No primeiro caso, a relação entre o desempenho e os incentivos é negativa i.e. aumentos na quantidade são conseguidos com a descida das taxas; no segundo caso, a relação entre desempenho e incentivos é positiva.

De modo a combinar os objectivos de nível individual e de nível colectivo, os países com sistemas de pagamento baseado no acto têm introduzido uma série de medidas, que incluem regulação de preços, controlo sobre as quantidades e o misto de serviços ou restrições sobre a despesa global. A França e a Alemanha oferecem exemplos de como estes mecanismos de regulação podem ser empregues para modificar o comportamento dos médicos. Estes incluem ajustar as escalas das taxas (por exemplo, alterando o valor relativo de alguns serviços de diagnóstico), introduzir protocolos de cuidados como o sistema de "referências

médicas" em França (que especifica o uso de procedimentos médicos, análises médicas, testes clínicos ou prescrição de medicamentos associada a condições de saúde específicas; os médicos podem sofrer sanções se não seguirem estas referências médicas) e alterar o comportamento de autorizações impondo, por exemplo, punições para a sobre-utilização de certos procedimentos ou dando aos médicos a responsabilidade por orçamentos de medicamentos. Além disso, a determinação de objectivos orçamentais ou a imposição de limites aos orçamentos constituem meios eficazes para o controlo dos custos globais.

Desde 1991, o governo francês tem tentado alterar o sistema aberto no fim de reembolsar a despesa dos médicos para um sistema prospectivo. Começando por limitar a despesa, a reforma tem-se dirigido lentamente para objectivos de despesa.

Dos países da União Europeia que adoptaram recentemente controlos da despesa, para além dos controlos dos preços da década de 80, a Alemanha tem a abordagem mais desenvolvida. Os médicos são pagos através do sistema de taxas por serviços mas estão sujeitas a um esquema de taxas combinadas e a uma restrição orçamental global para todos os médicos na região. A grelha de taxas compreende uma tarifa de "pontos" para 2500 itens determinados ao nível federal, juntamente com um preço por ponto ao nível regional. Se o orçamento regional for ultrapassado, dá-se lugar a uma redução retrospectiva no preço por ponto.

Nos sistemas que dependem dos pagamentos baseados no acto, os objectivos colectivos não serão alcançados a menos que sejam implementados incentivos negativos, tal como limitar a despesa. Na maior parte dos casos, isto implicará uma limitação colectiva, que pode por vezes ser injusta e ineficiente. De facto, pode ser feito um paralelo com a experiência dos orçamentos globais dos hospitais: limitar assegura a contenção de custos mas pouco se sabe sobre o impacto de tal regulação em termos de qualidade e de equidade ao nível individual.

Na sua busca pela eficiência ao nível individual, os países com sistemas de pagamento prospectivo incluem incentivos positivos ex ante sob a forma de prémios financeiros directos. Estes incentivos são usualmente utilizados para além dos sistemas de pagamento existentes (capitação ou salário) para encorajar uma linha de acção particular.

Em geral, contudo, é difícil prever o resultado de incentivos económicos. Dependendo da situação inicial em termos de sistemas de pagamento, nas preferências dos médicos e na dimensão da mudança, a introdução de incentivos financeiros pode ou não conduzir ao resultado esperado. Por exemplo, um estudo sobre o efeito das alterações nas taxas pagas os médicos de clínica geral britânicos sobre os serviços de maternidade e de citologia cervical ao longo de 22 anos indica que as alterações anuais nas taxas não influenciaram a quantidade de serviços prestados (Hughes e Yule, 1992).

Diversos países escandinavos experimentaram também os sistemas de pagamento misto. Alguns condados na Suécia têm combinado mecanismos de capitação e de salário; na Finlândia, os médicos de família recebem 60% em salário, 20% por capitação, 15% por taxas e 5% em ajudas de custo. Enquanto várias experiências com sistemas de pagamento têm evoluído em diferentes países, os efeitos de tais sistemas não estão ainda suficientemente documentados.

Para sistemas baseados na capitação ou nos salários, os sistemas de pagamento misto são uma boa solução mas um equilíbrio difícil de alcançar. Não existe um consenso claro sobre o misto ideal; é possível que apenas uma pequena proporção da actividade total deva ser paga por taxas por serviço. De facto, seguindo Robinson (1993), cada movimento no sentido do reembolso prospectivo aumenta os incentivos para a redução do número de doentes tratados, para o sub-tratamento e para a selecção do risco. Cada movimento para reembolsos retrospectivos aviva os tradicionais incentivos para as práticas inconscientes do ponto de vista dos custos. Os mecanismos de pagamento mistos têm muito para

ser recomendados mas a experiência dos anos recentes sugerem que o problema não pode ser resolvido recorrendo apenas a mecanismos de pagamento.

A tabela 2 apresenta o método de pagamento dos médicos de gabinete ou de primeiro contacto nos vários países da União Europeia.

Tabela 2: Pagamento ao médico de primeiro contacto

País	Pagamento do médico de primeiro contacto
Bélgica	Pagamento baseado no acto
Dinamarca	Misto: capitação e pagamento baseado no acto. Pagamento extra para doentes do Grupo 2 (2,5% da população)
Alemanha	Pagamento baseado no acto
Grécia	Salário (médicos do SNS) e pagamento baseado no acto (médicos privados)
Espanha	Salário e capitação (60% dos médicos de clínica geral), capitação (40% dos médicos de clínica geral)
França	Pagamento baseado no acto. Pagamento extra para os médicos do "Secteur II"; 12,5% dos médicos aderiram ao novo esquema de "médecin référent"
Irlanda	Capitação mais pagamento baseado no acto para serviços especiais
Itália	Capitação mais pagamento baseado no acto para serviços especiais
Luxemburgo	Pagamento baseado no acto
Países Baixos	Capitação (baixo rendimento), pagamento baseado no acto (rendimento elevado)
Áustria	Pagamento baseado no acto combinado com capitação
Portugal	Salário
Finlândia	Salário, alguma capitação
Suécia	Salário, médicos privados sob pagamentos baseado no acto regulados. Misto de capitação e de pagamentos baseado no acto regulados para o médico de família em alguns condados.
Reino Unido	Capitação, algumas despesas (pessoal e custos de estabelecimento) são reembolsadas directamente. Os médicos de clínica geral recebem pagamentos alvo por atingir determinados níveis de cobertura para imunização das crianças e citologia cervical

Fonte: Mossialos e Legrand (1999)

Na Irlanda, Itália e Reino Unido, os médicos são pagos numa base de capitação. Na Grécia, em Portugal, na Finlândia e na Suécia, os profissionais da saúde recebem um salário. Na Bélgica, Alemanha, França e Luxemburgo, os médicos

são pagos através de taxas baseadas no acto, embora em França também existam cerca de 2000 centros de saúde com médicos assalariados. Em França, a convenção dos médicos sediados em gabinetes introduziu em 1987 um esquema voluntário que oferece a possibilidade aos médicos de se tornarem "médecins référents". Os doentes que adiram a este esquema têm um compromisso moral de não visitar um especialista directamente. Os médicos devem manter um registo detalhado dos regimes de tratamento dos seus doentes e 10% das suas prescrições devem ser medicamentos genéricos. Os médicos que adiram a este esquema recebem um pagamento anual adicional por doente registado. Até ao fim de 1997, apenas 12,5% dos médicos tinham aderido a este esquema. A maioria esteve relutante devido ao medo de serem mais controlados pelo sistema de seguro de saúde uma vez que são obrigados a manter um registo dos doentes detalhado.

A Dinamarca tem uma mistura de capitação e de pagamento baseado no acto para todos os médicos de clínica geral. Em Espanha, 60% dos médicos de clínica geral são pagos por capitação e 40% através de salários. Na Áustria, desde Janeiro de 1995, as taxas dos médicos são parcialmente baseadas num esquema de capitação. Os médicos recebem transferências fixas trimestrais baseadas no número de doentes que foram atendidos. Nos Países Baixos, para doentes de rendimento baixo, os médicos são pagos numa base de capitação, enquanto que o pagamento baseado no acto aplica-se para doentes de rendimento elevado. Para os especialistas, em média, as taxas privadas são cerca de 2 vezes mais elevadas que as taxas para os doentes dos fundos de doença (do esquema de seguro público). O pagamento de grande parte dos especialistas é baseado no acto independentemente do tipo de fundo de seguro que os reembolsa. Tendo por base o "Acto dos Preços de Cuidados de Saúde" de 1980, uma entidade autónoma especialmente escolhida, o "Gabinete Central para os Preços de Cuidados de Saúde" estabelece as directrizes para a composição e o cálculo dos preços. Depois de serem aprovadas pelo governo, estas directrizes são usadas pelas organizações representativas dos prestadores e dos seguradores para negociar as taxas a praticar, as quais devem por sua vez serem aprovadas pelo "Gabinete Central para os Preços de Cuidados de Saúde". As associações de médicos de clínica geral

e dos especialistas, por um lado, e as associações dos fundos de doença e dos seguradores privados, por outro lado, são designados por lei como negociadores.

Os médicos têm que aceitar a taxa de pagamento negociada em todos os países da União Europeia com excepção da França, onde 26% dos médicos sediados em gabinetes optaram por poder cobrar taxas maiores. Os seus doentes são reembolsados apenas por uma percentagem fixa da taxa negociada e os médicos têm de pagar as suas próprias pensões e observar outras condições. Na Dinamarca, existe um pagamento adicional para os doentes do Grupo 2 (2,5% da população).

Os médicos podem ser confrontados com incentivos alterando a escala de valores relativos sob sistemas de pagamento baseado no acto, como na Alemanha. Os médicos têm sido pagos relativamente menos por testes de diagnóstico em França e na Alemanha com o objectivo de reduzir a procura induzida pela oferta. Uma das fraquezas da escala de valores relativos é que lista apenas serviços e não as indicações que justificam esses serviços. Este mecanismo tem protegido o nível elevado de liberdade clínica para os médicos alemães que só é limitada pelos mecanismos internos de controlo no seio das associações de médicos. Os médicos que prescrevem mais serviços comparativamente aos seus colegas têm que justificar as suas decisões para evitar sanções financeiras. Este esquema esteve em funcionamento até o início de 1997 em conjunto com orçamentos fixos para cuidados de ambulatório para associações regionais de médicos. Desde o início de 1997, os orçamentos fixos têm substituído os objectivos de volume. Uma vez que não existem mecanismos de sanção efectivos para prevenir a procura induzida pela oferta, é provável que os objectivos de volume não sejam respeitados.

Os especialistas que servem os doentes externos assegurados compulsoriamente são assalariados em Espanha, Grécia, Portugal, Reino Unido, Finlândia e Suécia. Nos outros países, uns ou todos são pagos ao acto.

II.2.2 Pagar aos hospitais

Existem várias formas de proceder ao pagamento da actividade hospitalar:

(1) Pagamento baseado no acto

Tal como dissemos acima, trata-se de uma forma de pagamento associada com a prestação de um determinado acto ou serviço. O número de actos produzidos determina o nível de recursos disponibilizados ao hospital. É um sistema de pagamento sem grandes complicações administrativas para quem paga e para quem presta os cuidados, tem algumas exigências de detalhe informacional. A principal desvantagem apontada a este sistema de pagamento é o incentivo que fornece a uma multiplicação (desnecessária) dos actos médicos.

(2) Pagamento por diária

É uma forma de pagamento relativamente fácil de aplicar. Cria, no entanto, um incentivo a internamentos mais prolongados, que favorecem financeiramente o hospital. Dado que a decisão sobre o tempo de internamento pertence ao hospital, não é um sistema de pagamento muito comum.

(3) Pagamento por caso clínico

Dentro deste tipo de pagamento, existem duas modalidades básicas: por episódio clínico e por doente saído. Levantam-se várias questões, apesar do tipo de informação necessário para aplicação deste sistema de pagamento estar normalmente disponível: existe um incentivo para aumentar o número de admissões; dada a diversidade de problemas médicos tratados por hospital, em cada caso concreto poderá não existir qualquer relação entre o pagamento realizado e os custos de tratamento efectuado. Porém, se o pagamento não for feito apenas por doente saído, mas incluir uma componente de ajustamento para o case-mix (nomeadamente por utilização dos GDH), então o sistema de

pagamento é mais complexo, quer em termos administrativos, quer em termos operacionais. Obriga à produção e análise de informação consistente e detalhada sobre a actividade hospitalar e os seus custos.

(4) Pagamento por orçamento global

Por orçamento global entende-se a definição de um valor agregado, válido para um determinado período de tempo, destinado a cobrir as despesas hospitalares. A fixação de orçamentos globais permite limitar o crescimento das despesas com cuidados hospitalares, mantendo contudo uma grande flexibilidade em termos da forma como os recursos são utilizados. É um modo de pagamento que incentiva fortemente a eficiência da instituição que recebe financiamento deste modo, desde que o orçamento seja respeitado. O principal problema associado com este modelo de pagamento decorre da capacidade do pagador em fazer cumprir o orçamento global. Como a situação em Portugal demonstra, a criação de dívidas por parte dos hospitais, que acabam por ser mais cedo ou mais tarde pagas por verbas públicas, destrói a noção de orçamento global. Mesmo que tal não sucedesse, ou como forma de minimizar esse problema, é necessário algum cuidado e sofisticação técnica na determinação do valor do orçamento global. Em concreto, é essencial garantir que os valores atribuídos são realistas, por um lado, e que a manutenção dos gastos dentro do orçamento atribuído não se faz através de cortes na qualidade dos cuidados prestados, tal que essa qualidade se situe num nível sub-óptimo (nota: dar qualidade máxima não é um objectivo em si mesmo, uma vez que depende dos ganhos de saúde adicionais que produzir e dos custos de garantir essa qualidadae).

(5) Capitação

A um nível mais elevado, tem-se o sistema de pagamento por capitação. Neste sistema, de forma análoga ao que sucede com os médicos individualmente, é especificado um conjunto de serviços de saúde a serem prestados, uma população coberta para a qual se pretende garantir o acesso a esses serviços, um valor fixo

por pessoa coberta e um período de tempo para o qual o pagamento realizado é válido (usualmente, um ano). A utilização deste sistema de pagamento obriga a um conhecimento abrangente das necessidades de saúde da população coberta. Envolve tipicamente um elevado risco operacional para o prestador (uma vez que suporta o risco inerente ao desenvolvimento de condições clínicas adversas em cada indivíduo). Obriga também a uma gestão global da população (o hospital tem incentivo em garantir a saúde da população abrangida, que não recorrendo aos serviços hospitalares permite poupar custos). Surgem, novamente, as preocupações com a qualidade dos serviços prestados.

Assim, vários pontos importantes relativos ao pagamento dos profissionais individualmente também se aplicam aos hospitais. Tal como os médicos, os prestadores dos hospitais podem ser pagos ou retrospectivamente - reembolsados por um volume de serviços prestados de acordo com uma lista de serviços (pagamento baseado no acto), dias por doente (taxas por diária) ou casos tratados (pagamento por case-mix) - prospectivamente, via orçamentos globais oferecidos ao hospital para um determinado período de tempo. Os orçamentos podem ser calculados de acordo com os custos incorridos por uma unidade de cuidados, padrões de despesa históricos, provisão de camas, a população coberta ou o volume de serviços a prestar (medido pelo volume de camas-dia ou o volume e o misto dos casos). De um modo geral, nos países europeus, assiste-se a um movimento no sentido de sistemas de pagamento aos hospitais com base em medidas mais agregadas.

Os métodos de financiamento dos hospitais nos países da União Europeia têm-se alterado significativamente ao longo dos últimos 20 anos. Existe uma clara mudança de sistemas de financiamento dos hospitais retrospectivos abertos no fim para o estabelecimento de orçamentos prospectivos. Em alguns países, as actividades ou as funções dos hospitais são tomadas em consideração na determinação do orçamento. Outros países usam pagamentos por case-mix. Estes ou são baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo ou no acordo entre o comprador e o prestador.

Existem 4 tipos principais de financiamento dos hospitais nos países da União Europeia:

- (1) orçamentos prospectivos predominantemente baseados na despesa histórica (Dinamarca, Grécia e França);
- (2) orçamentos prospectivos baseados nas actividades ou nas funções dos hospitais (Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Países Baixos e Portugal);
- (3) orçamentos prospectivos combinados com pagamentos relacionados com a actividade. Neste caso, parte da despesa do hospital é fixa e a outra parte não é orçamentada (Bélgica, Espanha e Áustria);
- (4) pagamentos associados à actividade, que podem ser pagamentos baseados no case-mix (Suécia e Itália) ou comprando pacotes de serviços dos hospitais (Reino Unido e Finlândia).

Esta informação é sumariada na tabela 3 abaixo. No entanto, os elementos apresentados reflectem a situação actual e não revela quaisquer alterações planeadas.

Tabela 3: Sistemas de pagamento aos hospitais nos países da União Europeia

País	Orçamentos prospectivos	Pagamentos associados à actividade ou aos serviços
Bélgica	Orçamento prospectivo para custos de hotel e biologia clínica. Não há orçamento para actos médicos.	Todos os GDH para as actividades de enfermagem
Dinamarca	Orçamentos globais prospectivos	Experiências com GDH mas uso provável para medir a comparar a produtividade.
Alemanha	3 tipos de orçamentos prospectivos	
Grécia	Orçamentos prospectivos	Intenção de introduzir pagamentos associados à actividade
Espanha	10 regiões: orçamentos globais prospectivos combinados com pagamentos associados à actividade	Catalunha: ajustamentos de case-mix; Andaluzia: experiências com GDH; País Basco: pagamentos associados à actividade
França	Orçamentos globais prospectivos a serem gradualmente combinados com pagamentos associados à actividade	
Irlanda	Orçamentos globais prospectivos; medidas de case-mix (do tipo GDH) definem parte do orçamento	
Itália		Pagamentos associados à actividade
Luxemburgo	Orçamentos globais prospectivos combinados com pagamentos associados à actividade	
Países Baixos	Orçamentos funcionais prospectivos levando em as actividades do hospital	
Áustria	Orçamento fixo prospectivo para parte das actividades do hospital	Pagamentos baseados no case-mix (do tipo GDH)
Portugal	Orçamentos globais prospectivos levando em conta as actividades do hospital	
Finlândia		Compra de pacotes de serviços do hospital. Os preços baseados nos GDH estão a ser desenvolvidos.
Suécia	Sistemas de case-mix e pagamentos prospectivos por caso (a maior parte baseados em GDH) complementados por controlos de preço, volume e qualidade.	
Reino Unido		Contratos anuais entre comprador e prestador associados à actividade

Fonte: Mossialos e Legrand (1999)

II.2.2.1 Orçamentos prospectivos baseados na despesa histórica

Em dois dos três países que pertencem a esta categoria, Grécia e França, os pagamentos associados às funções ou à actividade estão a ser introduzidos gradualmente ou em fase de planeamento.

Na Grécia, os orçamentos prospectivos para cada hospital são estabelecidos numa base histórica mas são sempre ultrapassados. Existe a intenção de introduzir pagamentos relacionados com a actividade para as principais doenças e intervenções. Estes planos podem não ser implementados no futuro próximo devido à falta de adequados sistemas de informação e registos dos doentes.

Em França, os orçamentos globais prospectivos foram introduzidos em 1984. Desde 1996, as agências regionais de hospitais são responsáveis por afectar os fundos a cada hospital tendo como base o orçamento total da região. As agências negociam contratos com os hospitais individuais. Os contratos negociados tomam em consideração os custos do hospital, os níveis de actividade e os últimos três a cinco anos. Além disso, estabelecem em termos genéricos programas de desenvolvimento levando em conta os "Planos Gerais de Organização Regional da Saúde". Embora não existam orçamentos fixos para os hospitais privados, as agências regionais assinam contratos com estes hospitais. Estes contratos traçam os níveis de actividade em termos gerais e especificam objectivos combinados de despesa.

Na Dinamarca, desde 1993, os contratos foram introduzidos gradualmente entre os condados e os hospitais individuais. Pagamentos para o tratamento de grupos de doentes também foram introduzidos. Desde o início da década de 80, os orçamentos globais prospectivos dos hospitais ao nível de cantão substituíram os antigos orçamentos altamente especificados para cada hospital. Investimentos mais significativos requerem uma afectação específica ao nível do cantão. O

orçamento reflecte as tendências históricas e o seu estabelecimento anual envolve um processo de negociação altamente político. Os GDH foram experimentados numa base experimental; contudo, se o uso dos GDH for alargado, servirá provavelmente mais para medir e comparar a produtividade dos hospitais do que para pagar as instituições hospitalares.

II.2.2.2 Orçamentos prospectivos baseados nas actividades ou nas funções

Na Alemanha, existiam três tipos de orçamentos prospectivos até 1997. Os orçamentos do tipo I incluíam 70 taxas relacionadas com casos (25% de todos os casos) cobrindo a totalidade dos custos das combinações de diagnósticos específicos e de intervenções. O tipo II incluía 150 taxas de procedimentos cobrindo intervenções específicas. O tipo III cobria todos os outros casos, que eram reembolsados numa base diária cobrindo os custos não médicos e uma carga do departamento clínico cobrindo os custos médicos. Existiam também combinações entre os orçamentos do tipo II e do tipo III.

Existiam objectivos de despesa com diferentes factores de ajustamento. Para as taxas relacionadas com os casos, o hospital recebia 50% da taxa quando produzisse menos ou mais do volume pretendido. Para pagamentos por diária, se o hospital produzisse mais do que os dias por paciente combinados, ficaria com 25% e devolveria 75% da taxa diária fixa. Se a produção for menor, o hospital continuaria a receber 75% da taxa diária combinada para os dias em que não há saídas do internamento. Estes 75% reflectem os custos fixos de produção. Finalmente, para cada caso e procedimento, um número de pontos é afectado pelo Ministério da Saúde. O factor de conversão monetária foi negociado ao mesmo nível. As taxas por diária foram negociadas entre os fundos de doença e cada hospital.

A taxa de crescimento destes orçamentos foi ligada à taxa de crescimento das contribuições para o seguro de saúde. No início de 1997, os orçamentos fixos dos

hospitais foram substituídos por orçamentos por objectivos negociados individualmente. Os comités dos médicos e dos fundos de doença, e não o Ministério da Saúde, são responsáveis por determinar a lista dos casos prospectivos e as taxas dos procedimentos.

Na Irlanda, existem três diferentes tipos de pagamentos aos hospitais. Os hospitais públicos voluntários recebem um fundo anual directamente do Departamento da Saúde. O seguro de saúde voluntário introduziu limites superiores aos orçamentos dos hospitais privados. Se o tecto estabelecido for ultrapassado, o hospital é pago num sistema baseado em preços variantes de custo marginal (25% a 40% do custo incorrido). Os orçamentos para os hospitais da Direcção de Saúde são determinados pelas Direcções de Saúde numa base de despesa histórica ajustada pela inflação, pagam prémios e alterações projectadas na provisão de serviços. Desde 1993, as medidas de case-mix (GDH) foram tomadas em consideração para estabelecer parte do orçamento do hospital.

No Luxemburgo, os orçamentos prospectivos levam em consideração os pagamentos relacionados com a actividade (não ligados a diagnósticos específicos), os pagamentos não associados à actividade para a manutenção do hospital e pagamentos fixos para tratamentos específicos. Nos Países Baixos, os orçamentos históricos foram substituídos em 1998 por orçamentos funcionais. As funções sobre as quais os orçamentos são definidos incluem a função médica (diagnóstico e tratamento), função de hotel, serviços especializados (como a cirurgia cardíaca), o que também oferece cuidados para aqueles que vivem fora da área de atracção do hospital, e uma função de "estabelecimento" relacionada com as infra-estruturas (energia e manutenção por exemplo). As funções médicas e de hotel são parte do orçamento negociado com as agências de seguro de saúde, enquanto que a compensação por serviços especiais e a função de estabelecimento são determinadas pela "Agência Central para as Tarifas de Cuidados de Saúde". Em 1992, foi aumentada a taxa diária de visitas e foram introduzidas taxas ponderadas para admissões e para as primeiras visitas para doentes externos.

Em Portugal, a partir de 1993, por força do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, as Administrações Regionais de Saúde começam gradualmente a ter autonomia administrativa e financeira para coordenar a actividade dos serviços de saúde, incluindo os hospitais. Entre as funções das Administrações Regionais de Saúde sobressai a função "Agência"/Acompanhamento dos serviços de saúde que pressupõe uma distinção clara entre o pagamento dos cuidados de saúde e a sua prestação. A partir de 1997, as administrações das Administrações Regionais de Saúde vão recebendo autoridade para financiar as instituições de saúde. A metodologia a que deve obedecer o processo de distribuição dos recursos assenta na contratualização. Procura-se que a atribuição de recursos financeiros pelas instituições de saúde de cada região assuma formas de rigor e consequências crescentes entre as quais a criação de mecanismos de negociação com os serviços de saúde, o desenvolvimento de sistemas integrados de gestão, o desenvolvimento de novos modelos de financiamento, designadamente recorrendo aos orçamentos-programa, e o aprofundamento de mecanismos de controlo e avaliação dos desvios. O conceito de orçamento-programa tem origem na necessidade de ligar a actividade prevista ao volume de recursos financeiros atribuídos a uma organização. Ou seja, é aceite que o montante transferido para uma instituição deve estar, antes de mais associado à sua produção e não dependente da sua estrutura interna.

II.2.2.3 Orçamentos prospectivos combinados

Na Bélgica, existem dois diferentes tipos de orçamentos globais prospectivos para os custos dos dias de internamento: para os custos de alojamento e para as actividades de enfermagem baseadas nos "Grupos de Diagnóstico Homogéneo de Todos os Doentes". Não há orçamento para as actividades médicas (incluindo as intervenções cirúrgicas) que são pagas ao acto.

Em Espanha, em dez regiões que são governadas centralmente, existem acordos que ligam os orçamentos globais dos hospitais com pagamentos relacionados

com a actividade na base das unidades de recursos ponderados de cuidados de saúde. Na Catalunha, os pagamentos são baseados em ajustamentos do case-mix (a maior parte baseada nos GDH) mas o seu impacto real permanece marginal. Na Andaluzia, existem experiências com GDH. No País Basco, existem pagamentos relacionados com a actividade. No entanto, em todas as regiões, embora o sistema de financiamento seja suposto ser prospectivo, na prática, continua a ser retrospectivo.

Desde 1997, na Áustria, tem sido utilizado um sistema de case-mix baseado nos GDH. A partir de 1991, o custo do tratamento hospitalar por caso foi recolhido em 20 hospitais e, com base nesta informação, estabeleceram-se grupos de doentes homogéneos. Existem elementos adicionais que são levados em conta para calcular os pagamentos aos hospitais, que incluem afectações específicas por cirurgias diárias, cuidados de longo prazo e uso das unidades de cuidados intensivos. Ao nível federal, o "Fundo de Coordenação dos Hospitais" afecta os fundos às diferentes províncias de acordo com o número de habitantes, o número de dias de internamento nos hospitais, as necessidades de formação e os défices dos hospitais. Os fundos de seguro de saúde afectam os recursos como transferências conjuntas para as diferentes províncias tendo em consideração o número de dias de cuidados nos seus hospitais. A parte do orçamento do hospital atribuído pelo "Fundo de Coordenação dos Hospitais" e pelo seguro de saúde pode ser considerado como um orçamento prospectivo fixo. Uma parte adicional, que não é fixa, é financiada pelas províncias e pelas comunidades locais. Os comités dos hospitais ao nível das províncias afectam os orçamentos aos hospitais individuais.

II.2.2.4 Pagamentos associados à actividade

Em Itália, até 1992, os hospitais eram geridos pelas autoridades de saúde locais e eram financiados numa base de despesa histórica. Depois das reformas de 1992, os hospitais deveriam ter sido financiados tendo em conta a actividade. No

entanto, na prática, o impacto actual do novo método de financiamento é marginal.

Na Finlândia, desde 1993, as autarquias têm comprado pacotes de serviços hospitalares e têm-se deslocado gradualmente para um sistema de preços baseados nos GDH. Os preços diferem entre municipalidades e não existem orientações nacionais. Em teoria, pode existir competição entre os prestadores mas, na prática, tal não acontece.

Na Suécia, existem variações significativas entre os vários conselhos de cantão. Em cerca de 50% dos conselhos de cantão, existem sistemas de case-mix e pagamentos prospectivos por caso (predominantemente baseados nos GDH) complementados por controlos de preço, volume e qualidade. Em alguns casos, os pagamentos por diária são completados por pagamentos por caso. Os cuidados psiquiátricos, primários e geriátricos são reembolsados através da combinação de orçamentos globais e pagamentos baseados no acto. Existem diferenças significativas nos sistemas de pagamento entre conselhos de cantão e hospitais.

No Reino Unido, desde as reformas do mercado interno de 1991, os hospitais têm sido financiados pelas Autoridades de Saúde numa base de contratos anuais conjuntos e por fundos dos médicos de clínica geral normalmente com contratos de custo por caso. Em teoria, ambos os tipos de compradores são livres de escolher os prestadores entre os hospitais do Serviço Nacional de Saúde e os hospitais do sector privado. Na prática, com algumas excepções, o financiamento dos hospitais por parte das Autoridades de Saúde (que oferece a maior parte do financiamento) é predominantemente baseado na despesa histórica que é tomada em conta nas negociações anuais. Os contratos com hospitais privados são negligenciáveis.

II.2.3 Implicações

Da revisão dos modelos de organização do financiamento hospitalar, o aspecto mais evidente é a grande diversidade de soluções que foram (e são) tentadas. A principal tendência é para a adopção de sistemas de pagamento de acordo com o desempenho, responsabilizando a gestão pelos resultados obtidos.

Assim, assistiu-se à passagem de modelos baseados no reembolso de custos históricos para modelos baseados em valores prospectivos, com ou sem envelope fechado. O sistema de envelope fechado, embora o mais atractivo numa visão de promoção da eficiência e contenção de custos, tem contudo um risco político associado: a não existirem sanções que sejam aplicadas no caso de os orçamentos não serem respeitados, o próprio sistema de pagamento perde credibilidade. Torna-se, na prática, um sistema de reembolso de custos (com custos de transacção acrescidos).

O pagamento de acordo com o desempenho obriga ao desenvolvimento de medidas de produção hospitalar, para que o sistema de pagamento se possa basear nessas medidas e não nos recursos utilizados. Estas medidas têm que reflectir, idealmente, aspectos quantitativos (exemplo: número de doentes tratados) e qualitativos (exemplo: complexidade dos casos; *case-mix*). Tem-se assistido a um generalizar de instrumentos análogos aos GDHs.

II.2.4 Evidência empírica

É igualmente relevante, na descrição dos principais sistemas de gestão hospitalar, quantificar, ainda que de forma breve, a usual dicotomia público – privado. A divisão em público – privado pode ser realizada ao longo de duas dimensões: despesa e origem do financiamento.

Em termos de despesa, tem-se a percentagem de gastos com hospitais que é realizada em hospitais públicos. Em termos de origem de financiamento, tem-se

a percentagem da despesa total em cuidados hospitalares (públicos e privados) que é paga com fundos de origem pública. O cruzamento destas duas classificações determina uma matriz financiamento – prestação.

Infelizmente, não é possível apresentar essa matriz para os países da União Europeia, uma vez que não há informação publicamente disponível (e fiável, em termos de comparabilidade internacional) sobre a origem pública ou privada da origem do financiamento hospitalar. Existe essa informação a nível do financiamento global das despesas em saúde.

A tabela seguinte reporta essa informação para os países da União Europeia para os quais ela se encontra disponível.

Tabela 4: Público e privado nas despesas hospitalares

	% prestação pública	% origem de financiamento público(a)
Bélgica (1996)	68,1%	
Dinamarca (1999)	94,12%	82,2%
Finlândia (1999)	92,05%	75,7%
França (1999)	91,4%	78,1%
Alemanha (1998)	86,4%	75,8%
Itália (1997)	84,35%	67,3%
Países Baixos (1999)	81,2%	68,5%
Portugal (1995)	92,89%	65,3%
Espanha (1996)	97,42%	84,8%

Fonte: OECD Health Data (2001)

(a) refere-se a despesas totais em saúde.

Estes valores devem ser vistos com cautela, nomeadamente os de origem do financiamento, uma vez que são referentes a todo o sistema de saúde e não apenas aos hospitais. É, de qualquer modo, assinalável que haja uma clara predominância da despesa hospitalar pública. Duas forças concorrem para essa

situação. Em primeiro lugar, a maior oferta da prestação pública nos cuidados hospitalares, quando comparada com o resto do sector da saúde. Em segundo lugar, a concentração em geral dos casos de maior complexidade e que requerem maior consumo de recursos no sector público.

Em suma, apesar da diversidade de modelos de gestão hospitalar presentes no seio da União Europeia, encontra-se normalmente uma elevada participação, em termos de quota na despesa em cuidados diferenciados, dos hospitais públicos.

3. Sistemas de Saúde da União Europeia: Uma análise comparativa de quatro sectores hospitalares

III.1 A evolução do Sistema de Saúde português

III.1.1 Antes do 25 de Abril: várias vias sobrepostas

No sector da saúde, coexistiam varias instituições com raízes diferentes na história do País, que podem resumir-se, em traços gerais, da seguinte forma:

- As Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País.
- Os Serviços Médico-Sociais (SMS, vulgo “postos das caixas”), prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. Estas constituíram a versão portuguesa do “regime do bem-estar” na saúde – quotização obrigatória de empregado e empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde. Ao contrário do que aconteceu noutros países europeus, as Caixas de Previdência desenvolveram os seus serviços médicos próprios (ambulatórios).
- Os Serviços de Saúde Pública estavam vocacionados essencialmente para a protecção da saúde (vacinações, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências).
- Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos (poucos) grandes centros urbanos.
- Os Serviços privados eram dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados.

Como é característico dos países menos desenvolvidos, as profissões da saúde, principalmente os médicos, adaptaram-se às limitações económicas no sector da

saúde (a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970) e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações – como, por exemplo, o hospital público, os postos médicos dos SMS, os “subsistemas”, a clínica privada - de forma a conseguir um nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável.

A reforma do sistema de saúde e da assistência em 1971 – que incluía os Centros de Saúde de 1ª geração – constituiu já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. No entanto, durante os 8 anos que mediaram entre 1971 e 1979, nunca foi completamente implementada.

III.1.2 Durante a consolidação da democracia (1974-1985): o Serviço Nacional de Saúde

A adopção e implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, está associada à democratização do País. As circunstâncias dessa democratização marcaram o desenvolvimento do SNS nos seus primeiros anos. Resumimos a seguir aquelas que são mais relevantes para o entendimento da situação actual do sistema de saúde português.

Dois aspectos fundamentais caracterizaram a configuração do SNS:

- O financiamento a partir do orçamento geral do estado (em 1976) – não se tratou tanto de uma “transferência” mas de um novo financiamento. Este facto criou logo desde as suas origens um importante constrangimento no financiamento do SNS. Tal expansão fez-se a contra-ciclo em relação à situação económica mundial dos anos 70;
- A integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único: os hospitais das Misericórdias foram nacionalizados em 1975; a integração dos centros de saúde com os postos médicos dos SMS só tiveram lugar em 1984. Pode assim dizer-se que o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado. Mesmo assim, e mais uma vez, não o

foi completamente – faltou um elemento importante com implicações para o futuro: a Administração Central do SNS.

A adopção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado. Integra-se num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983), Espanha (1986). Houve no entanto uma diferença importante entre o primeiro e os três últimos – nestes teve lugar num clima de pós-democratização, num período de maior radicalização política, pelo que a sua aprovação foi pouco consensual, ao contrário do que aconteceu em Itália.

Em Portugal uma parte influente do associativismo médico opôs-se publicamente ao SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada” - ou seja no financiamento público da medicina privada – como forma de melhor assegurar o acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde e, também, condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos. Esta fractura entre o SNS e uma parte importante do associativismo médico teve, e continua a ter, importantes implicações para o sistema de saúde português.

Alguns subsistemas de saúde mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS.

A criação da carreira de clínica geral teve lugar nestas circunstâncias – a sua inserção nas estruturas administrativas tradicionais dos SMS, sem qualquer investimento na simultânea transformação destas, teve consequências negativas e duradouras no acesso e na eficiência dos cuidados de saúde primários.

A principal consequência deste conjunto de situações foi uma grande debilidade estrutural na construção do SNS:

- frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infra-estruturas do SNS;

- um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” (como forma de atenuar os efeitos da “fractura” acima referida) e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;
- dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que resulta dos factores acima indicados e cujas consequências ampliam.

Em resumo, a criação do SNS fez parte da democratização política e social do País (a evolução dos indicadores não se pode atribuir unicamente ao SNS, mas ao conjunto do processo de desenvolvimento em que este se insere) e permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde, facilitando também, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde.

As limitações associadas ao contexto económico, social e cultural em que o SNS foi criado e onde se desenvolveu, marcaram mais a sua evolução do que as eventuais insuficiências daquilo que tem de essencial a ideia de um SNS. O SNS mudou radicalmente a cobertura do País em serviços de saúde, mas só parcialmente superou “as várias vias sobrepostas” que caracterizavam a saúde em Portugal antes de 1974.

III.1.3 1985-1995: A Lei de Bases da Saúde de 1990

As crises económicas dos anos 70, relacionadas principalmente com o aumento súbito do preço da energia, marcaram o fim de um período de considerável crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa. A viabilidade dos “regimes de bem-estar” foi posta em causa. O salto qualitativo na CEE, com a entrada dos países do sul e do norte e a queda do muro de Berlim devem também ser mencionados como parte deste contexto.

Os sistemas de saúde centrados em dispositivos integradores, como os SNS do Reino Unido, dos países nórdicos e dos países do sul da Europa foram também postos em causa:

- os seus modelos de financiamento foram vistos como inadequados: advogou-se um aumento do financiamento privado (maior contribuição do “orçamento” das famílias);
- os procedimentos de responsabilização pela boa utilização dos recursos colectivos apontaram-se como pouco rigorosos: propôs-se uma clara separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde;
- os serviços de saúde apresentaram-se como excessivamente ineficientes: defendeu-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, facilitado por um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde.

Portugal acabava de se integrar na CEE e vivia um período de crescimento económico e de estabilidade política. Os governos passaram a ser de legislatura, começa a haver governos com apoio maioritário no Parlamento.

Foi aprovada em 1990, uma Lei de Bases de Saúde, que se insere, na generalidade, nesta filosofia crítica. Pode-se no entanto dizer que o seu conteúdo é, ainda hoje, pouco conhecido. Uma das suas peças regulamentadoras mais importantes – o Estatuto do SNS – foi aprovado apenas decorridos três anos.

Durante este ciclo e dentro da matriz filosófica geral proporcionada pela Lei de Bases de 1990, há que distinguir três períodos com orientações e prioridades distintas:

- um primeiro, em que a ênfase foi posta na separação entre os sectores público e privado como condição para o desenvolvimento de ambos;
- um segundo tempo, em que essa preocupação se atenuou consideravelmente e a agenda predominante passou a ser o desenho e a implementação de um “seguro alternativo” de saúde;
- finalmente, um último período, em que esta ideia foi abandonada, tendo a agenda política passado a centrar-se no aumento do financiamento privado no sistema de saúde e na gestão privada das unidades públicas de saúde.

Apesar de importantes contribuições para a arquitectura do SNS, como as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as “unidades funcionais de saúde”, esta filosofia e os dispositivos normativos que a veicularam tiveram pouco impacto sobre o funcionamento dos serviços de saúde portugueses e não influenciaram os pilares que sustentavam as suas disfunções.

Numa linha de continuidade, houve mais investimento nas infra-estruturas do SNS (centros de saúde e hospitais). No entanto, na área dos recursos humanos, a falta de uma política sustentada por uma análise prospectiva da evolução das profissões da saúde, e em medidas daí decorrentes, tem tido sérias consequências para o desenvolvimento do sistema de saúde.

III.1.4. As experiências mais recentes na evolução do sistema de saúde (1995-2001)

Ao período liberalizante dos anos 80 e princípios dos anos 90, sucede-se na Europa um outro, com diferentes perspectivas em relação às políticas sociais. Trata-se mais de “reinventar a governação” num clima em que coexistem o moderno com o pós-moderno, do que confiar excessivamente nas virtualidades do mercado na saúde:

- reconhecem-se as disfunções dos aparelhos que gerem os regimes de bem-estar, assim como a necessidade de reformulá-los profundamente (mais atenção às pessoas e menos às organizações), sem pôr em causa os seus princípios fundamentais;
- incorporam-se nestas reformas alguns dos dispositivos ensaiados durante o período liberalizante (separação entre financiador e prestador, contratualização), mas agora num contexto diferente;
- observa-se que é possível obterem-se melhores resultados actuando sobre as formas de contratualização e a organização da prestação, do que no binómio financiamento/pacote básico de cuidados;
- propõe-se uma atitude mais aberta aos dados empíricos, às observações e à experimentação e uma menor adesão a posições dogmáticas e preconceituosas.

No primeiro mandato do anterior ciclo político, a saúde continuou a não ser uma prioridade de política social – as prioridades explicitadas foram a educação e o combate à pobreza.

No entanto, nestas como noutras circunstâncias, a não atribuição de prioridade política à reforma da saúde tem consequências relativamente claras - indisponibilidade para atribuir à saúde maior prioridade na distribuição dos recursos financeiros do OGE, com o fim de direccionar investimento político no sentido de mobilizar uma base social e política de apoio à reforma da saúde,

indisponibilidade para correr riscos políticos com o aumento de tensões e confrontações que inevitavelmente estão associadas a reformas desta natureza.

Assim, o mandato do Ministério da Saúde pareceu ser o de tomar as medidas necessárias para melhorar progressivamente a situação da saúde, sem no entanto recorrer , durante essa legislatura às reformas estruturais necessárias – esta deviam, contudo, ser preparadas. A criação do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), em fins de 1995, e os termos em que é feita, reforçam esta interpretação. O CRES apresentou a sua análise e propostas definitivas em 1998.

Neste contexto, durante essa legislatura tem lugar um conjunto de iniciativas que, como noutros períodos, reflectem o clima social Europeu e a base de conhecimentos que se tem vindo a acumular sobre a reforma de saúde e que podem resumir-se em duas categorias:

- criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas (diabetes), sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;
- inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde
- hospital-empresa, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais, centros de saúde de 3ª geração, os sistemas locais de saúde, cuidados continuados.

Os factores acima apontados, para além da falta de alterações nos dispositivos centrais e regionais do Ministério da Saúde e a decisão tardia sobre a formação dos dirigentes da saúde dificultaram a difusão da informação sobre a “reforma da saúde”, tornando lentos os primeiros passos da sua implementação.

O relatório da OCDE (1998) tomou nota de algumas das medidas tomadas, recomendou o seu reforço e fez o acompanhamento dessas recomendações até 2000 (Tabela 5).

Tabela 5. Recomendações da OCDE sobre a saúde em Portugal (1998) e seguimento em 2000

Recomendações da OCDE (1998)	Medidas tomadas até 2000	Linhas de conduta a seguir
Modificar a estrutura de gestão dos estabelecimentos de saúde públicos, para maior autonomia administrativa e responsabilidade financeira	Novo quadro regulamentar aprovado, prevendo a criação de equipas de gestão para os centros de saúde	Implementar o novo quadro e alargar as reformas à gestão hospitalar, aumentando a sua autonomia e a sua obrigação de prestar contas
Reforçar a capacidade das ARS para fixarem contratos de prestação, em função das necessidades de cuidados	Cinco Agências Regionais de contratualização foram criadas	Prosseguir o programa e criar rapidamente novas Agências
Dar aos hospitais o estatuto de empresas públicas	Experiências piloto, das quais uma com gestão privada	Alargar a experiência
Reforçar a função de “filtragem” dos médicos generalistas	Não foram tomadas medidas	Melhorar a coordenação entre os hospitais e os centros de saúde
Reforçar a componente de remuneração baseada no mérito	Modelo experimental voluntário em curso	Prosseguir a aplicação
Instituir o Cartão de Utente	80% da população terá o seu cartão de utente no fim de 1999	Prosseguir esta acção
Reexaminar o papel dos sub-sistemas	Iniciados estudos e negociações	Prosseguir a acção. Instaurar a transparência financeira

Fonte: Observatório Português de Sistemas de Saúde (2001).

A segunda legislatura do anterior ciclo político, inicia-se em condições muito favoráveis:

- é constituída uma nova equipa ministerial, sem o desgaste que o exercício do poder provoca em área tão exigente como é a da saúde;
- inicia-se uma segunda legislatura com a mesma liderança política;

- o governo assume explicitamente a “prioridade da saúde” e decide o consequente reforço das dotações financeiras;
- há um vasto conjunto de medidas de reforma recentemente estudadas, negociadas, legisladas e algumas em início de implementação;
- existem condições políticas para mobilizar uma base de apoio.

No entanto esta expectativa não se confirma durante o ano 2000 e o primeiro trimestre de 2001: estabelecem-se metas desnecessariamente excessivas em aspectos de grande visibilidade, como são o financiamento da saúde e as "listas de espera"; tomam-se medidas de intervenção, sem qualquer quadro de referência explícito; acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa; consuma-se a quase completa descontinuidade nas principais medidas da reforma antes preparadas.

III.2 O financiamento dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde

No final dos anos 70, o financiamento dos hospitais públicos portugueses caracteriza-se pela atribuição de subsídios com base na análise das contas do ano anterior e nos acréscimos de verbas governamentais transferidas pelo Orçamento de Estado ao SNS. Dito de outro modo, até 1980, os hospitais do SNS são pagos com base nos seus custos. As desvantagens deste sistema de reembolso de custos, isto é, um modelo onde os hospitais são reembolsados após apresentar os custos reais com o tratamento dos doentes são bem conhecidas. Em primeiro lugar, é pouco provável que a instituição hospitalar conheça com alguma exactidão os custos incorridos e, mais importante do que isso, pode até nem os querer saber. Depois, preocupada em evitar acções judiciais por erros de prática ou queixas de negligência que resultam sobretudo da subutilização de recursos, a instituição hospitalar terá interesse em gastar o mais possível de modo ao hospital maximizar o seu rendimento. Em vez de apresentar uma boa estimativa dos custos reais, a instituição hospitalar tenderá a indicar um valor próximo do

máximo que a entidade financiadora possa aceitar. O montante de reembolso pago é normalmente muito superior ao custo suportado e como não existe sequer motivação para o hospital apurar os seus custos, não existem incentivos para este controlar o seu consumo de recursos e evitar custos de produção desnecessariamente elevados. O mesmo é dizer que um modelo de reembolso de custos não fornece incentivos para a instituição hospitalar se tornar mais eficiente. Se qualquer que seja o cujo, o prestador é reembolsado nesse valor, desenvolver esforço para ser mais eficiente significa apenas que o financiador paga menos. Os ganhos de maior eficiência são integralmente transmitidos ao financiador. Há desperdício de dinheiro que poderia ser usado por exemplo para melhorar a acessibilidade a outros cidadãos com necessidades de cuidados de saúde.

A partir de 1980, surgem as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde. Com o intuito de moderar a utilização exagerada ou abusiva dos serviços de saúde, são introduzidas taxas moderadoras que consistem, segundo Bird (1976), no montante de dinheiro pago directamente pelo utente por cada unidade de bem ou serviço produzido, prestado ou requisitado em seu benefício pelo Governo. As taxas moderadoras transformaram-se na realidade em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde.

As taxas moderadoras são instituídas no acesso aos cuidados de saúde ambulatoriais, pelos Despachos Ministeriais n.º 57/80 e 58/80, de 29 de Dezembro. Posteriormente, por Despacho do Ministro dos Assuntos Sociais, de 18 de Janeiro de 1982, são introduzidas nos serviços hospitalares. Em termos de especificidade das referidas taxas, a Lei n.º 54/92 estabelece e a Portaria n.º 338/92 aprova o pagamento no acesso aos serviços de urgência, às consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime ambulatorio, bem como as suas isenções.

Com a constituição do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, responsável pelo orçamento do SNS e pela sua gestão financeira,

diferenciam-se novos critérios de financiamento para os hospitais, sendo um dos objectivos fundamentais, criar incentivos para uma maior produtividade, apelando a maior eficiência (Frederico, 2000). Em 1981, segundo Mantas et al. (1989), o modo de pagamento aos hospitais do SNS é alterado passando a estar associado parcialmente à produção final, como o número de doentes tratados por especialidade médica, e intermédia, em particular os exames de diagnóstico. Os serviços de internamento passam a ser financiados a preços diferentes em função da especialidade clínica, do tempo médio de internamento e das taxas de ocupação. Os serviços do ambulatório, ou seja, urgências e consultas externas, são pagos independentemente do tipo de patologia enquanto os serviços de diagnóstico e terapêutica passam a receber por um preço médio unitário calculado a partir dos actos prestados sem ter em conta nenhuma ponderação associada à complexidade ou aos custos. Os encargos administrativos são financiados separadamente e os investimentos são determinados recorrendo a um processo negocial dando a prioridade possível aos projectos sugeridos pelas administrações hospitalares.

Embora este sistema de pagamento tenha representado um enorme passo em frente, estava longe de ser o ideal uma vez que a classificação do "case-mix" do hospital, isto é, a tipologia da sua produção expressa pela proporção dos vários tipos de doentes que trata, era rudimentar. Além disso, como os serviços de diagnóstico com custos de produção eram pagos ao mesmo preço, existiam incentivos para favorecer a quantidade em prejuízo da natureza.

Em 1987, dão início experiências para a implementação de um modelo de pagamento prospectivo aos hospitais. Segundo Barros (1999), o pagamento prospectivo é definido como um pagamento fixo para um determinado tipo de diagnóstico que é independente dos custos realmente tidos com o caso. O valor reflecte o custo "normal" de tratamento para o diagnóstico em causa. Este modelo é indutor de maior eficiência. Como a receita é fixa, qualquer poupança de custos originada pelo prestador traduz-se em benefício próprio. No entanto, o prestador incorre em maior incerteza no exercício da sua actividade. No caso de

enfrentar uma situação pior que o implícito no conceito de custo "normal", o prestador incorre em perdas. Além disso, o prestador pode querer manipular o sistema de modo a conseguir a maior receita possível. Como Barros (1999) indica, os hospitais podem vir a recusar doentes que impliquem custos elevados e admitir apenas pacientes que estejam "quase bons" de modo a obter a receita associada com um custo mínimo. Barnum et al. (1995) defendem ainda que o pagamento prospectivo pode não ser o modo mais apropriado de financiar prestadores públicos de saúde pois pode incitar a um acréscimo das prestações de saúde. As instituições hospitalares podem ter interesse em multiplicar actos de eficácia e interesse duvidosos desde que compensatórios como por exemplo aumentar o número de segundas consultas ou a quantidade de operações e internamentos que o tempo e a evolução da doença não ratificariam.

Uma das grandes dificuldades deste modelo é a definição do preço a pagar de acordo com a produção hospitalar, obrigando geralmente à fixação de preços políticos (Escoval, 1999). A definição dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) por essa altura permite alguma concretização deste sistema de financiamento. De acordo com Bentes (1996), os GDH são agrupamentos de doentes internados em hospitais de agudos em classes clinicamente coerentes e homogéneas do ponto de vista de recursos. Estas classes são definidas a partir de elementos demográficos (idade e sexo) e clínicos (diagnósticos, intervenções cirúrgicas e destino após a alta) que caracterizam os doentes tratados e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital.

A iniciativa do final da década de 80 que começa por querer financiar os hospitais em função da sua produção ajustada do "case-mix" com a inclusão de todos os tipos de produtos hospitalares, isto é, cuidados agudos em internamento, internamentos não agudos e cuidados ambulatoriais acaba por privilegiar a componente internamento usando os GDH como medida dos "case-mix". Em 1990, em resultado da aturada investigação, inicia-se a implementação de um modelo de distribuição de recursos para o internamento hospitalar no qual os

orçamentos hospitalares são calculados, em parte, através da produção medida em GDH (Urbano et al., 1993).

Ao considerar qualquer das reformas propostas, em particular no que é descrito na subsecção 3.2, é importante ter em conta que os objectivos estabelecidos e a substancial actividade legislativa não correspondem necessariamente a mudanças ou desenvolvimentos reais no terreno.

O modelo de pagamento aos hospitais iniciado no fim da década de 80 tem servido para calcular o orçamento dos hospitais mas apenas com carácter de recomendação. O Ministério da saúde tem optado por atribuir orçamentos do tipo global em função dos anos anteriores. O modelo de pagamento baseado em necessidades globais caracteriza-se por o hospital receber antecipadamente uma verba global numa estimativa das suas necessidades sendo depois calculado o montante transferido levando em consideração apenas uma previsão das necessidades de cuidados de saúde da área de atracção do hospital. Os problemas associados a este sistema são vários. Em primeiro lugar, é muito complicado estimar necessidades em cuidados hospitalares até porque se as necessidades reais não forem sentidas, não se traduzem em procura hospitalar. Depois, é de pouco senso financiar uma instituição hospitalar com base nos doentes que deveria tratar se o número e tipo de utentes reais for diferente. Terceiro, existe frequentemente sobreposição das zonas de atracção dos hospitais. Um hospital de uma área metropolitana, por exemplo, que preste cuidados de alta qualidade pode ser penalizado uma vez que deverá receber paciente de outras zonas, incorrendo em custos adicionais não sendo pago a mais por isso (Escoval, 1999). Finalmente, com este modelo não existem grandes incentivos para as instituições prestadoras de cuidados de saúde conhecerem detalhadamente os seus custos e controlá-los. Dito de outro modo, o hospital tem pouco interesse em gerir os recursos eficientemente. Desde que o orçamento seja respeitado, este sistema é uma forma de pagamento prospectivo. Caso contrário, não passa de um modelo de reembolso de custos como essencialmente sucede com os hospitais do SNS que operam com afectações "abertas no fim".

III.3 As experiências recentes no sector hospitalar português

III.3.1 Administração e organização interna

A maioria dos hospitais portugueses tem estatuto público e, dentro deste, de serviço público dotado de autonomia administrativa e financeira. Há hospitais privados inseridos no SNS, como é o caso das Misericórdias, do Hospital da Prelada, ou do Hospital de Sant'ana, sendo que os hospitais puramente privados representam uma minoria, não estando, por norma, a trabalhar para ou com contrato com o SNS.

O modelo estatutário vigente é do tipo burocrático-administrativo, notando-se ainda na evolução do estatuto uma excessiva regulamentação e intervencionismo governamental. O modelo estatutário actual apresenta diversos constrangimentos, nomeadamente nas áreas dos recursos humanos, das aquisições e na área económico-financeira. Em termos da forma de organização interna do hospital público português tipo, a unidade funcional básica é o serviço (suportado pelos Decreto-Lei n.º 48357 de 27 de Abril de 1968, Decreto Regulamentar n.º 48358 de 27 de Abril de 1968 e Decreto-Lei n.º 498/70 de 24 de Outubro de 1970).

No entanto, há novos padrões de doença e novas expectativas, sente-se a necessidade de integração e coordenação entre serviços e, para além dos conflitos de autoridade entre as linhas clínicas e de gestão, surgem cada vez mais pressões para a racionalização dos recursos. Por estes motivos, nos últimos anos, e de certa forma, tentando acompanhar mudanças ao nível internacional, começaram a experimentar-se novas formas de ver a administração do hospital público português.

A privatização global da gestão de hospitais públicos é a solução mais exigente. Impõe uma contratualização complexa, por ser do foro do direito privado uma

vez que se trata de um financiador público e de um prestador privado e, além disso, obriga a uma gestão rigorosa da fronteira artificial e permeável entre cuidados de saúde primários de gestão pública e cuidados de saúde hospitalares de gestão privada para a mesma área populacional.

No caso do Hospital Fernando da Fonseca (de Amadora-Sintra), a gestão do hospital público foi entregue, por contrato, a partir de 1996, a uma empresa privada.

Em Santa Maria da Feira, o Hospital de S. Sebastião e em Portimão, o Hospital do Barlavento Algarvio (ambos hospitais públicos), regem-se pelo direito privado. Os modelos de empresarialização dos hospitais públicos resultaram da necessidade de existirem novas formas de administração pública, sendo que intervinham de forma mais abrangente, exigindo a revisão do estatuto dos hospitais públicos portugueses - sem prejuízo dos valores fundamentais do SNS, há que agilizar, desburocratizar, mobilizar, gerir e facilitar a renovação. Requerem uma contratualização entre o financiador público e o prestador público empresarial.

Em Matosinhos, procura dar-se forma à ideia de uma unidade funcional que inclua ou integre unidades prestadoras de cuidados de saúde primários. Estas e outras modalidades estão também previstas para hospitais novos, como seja o caso do Centro Hospitalar da Cova da Beira.

O modelo estatutário proposto em qualquer um destes casos tende, em termos genéricos, para um modelo empresarial.

Em relação à organização interna dos hospitais, para tentar a integração das decisões clínico-assistenciais como as económico-financeiras, relançou-se a ideia de implementar de níveis de gestão, conhecidos como Centros de Responsabilidade Integrados.

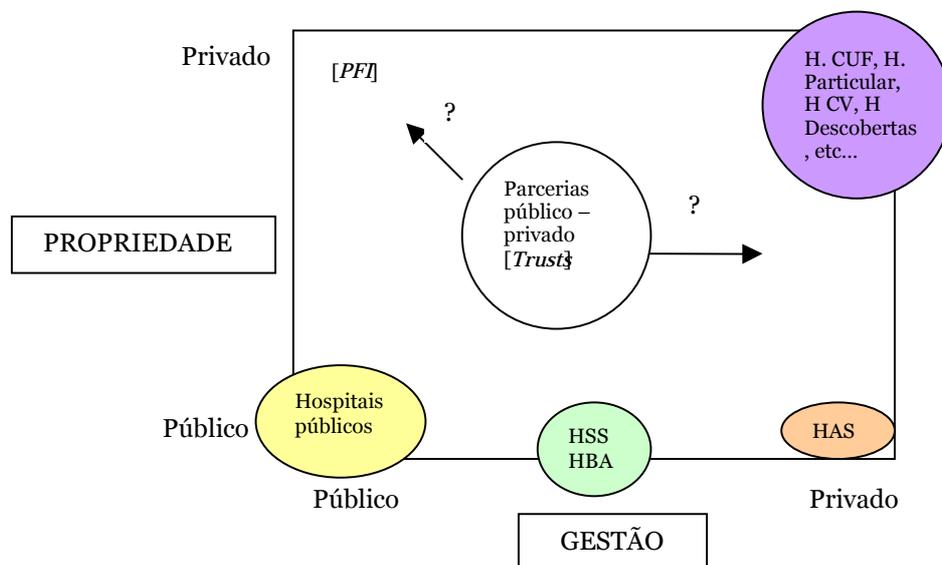
Das várias experiências que têm sido tentadas em termos de reformas na área dos cuidados hospitalares, merecem especial destaque as seguintes quatro:

- gestão privada em hospital público (Hospital de Amadora-Sintra);
- regras de gestão privadas em hospitais públicos (Hospitais da Feira e do Barlavento Algarvio);
- Sistemas locais de saúde (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, agregando sobre uma mesma entidade gestora, o Hospital de Matosinhos e centros de saúde na sua área de influência);
- Centros de Responsabilidade Integrados (para além dos departamentos de área da saúde mental, existem actualmente o CRI de cirurgia cardio-torácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, liderado pelo Professor Manuel Antunes, e o CRI de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra, liderado pelo Dr. Rui Pato).

Num contexto global, o modo de inserção dos hospitais no sistema de saúde tem uma classificação útil em duas dimensões: propriedade do hospital e natureza da gestão do hospital.

As actuais (e eventuais) experiências em curso no Serviço Nacional de Saúde são facilmente descritas, neste contexto, pela seguinte figura.

Figura 3: Experiências de gestão e propriedade hospitalar



No eixo horizontal encontra-se uma gradação qualitativa que vai da gestão puramente pública até à gestão privada, enquanto no eixo vertical se encontra a escala de propriedade do hospital, indo novamente do completamente público até ao integralmente privado.

Em Portugal, como dissemos, a maioria dos hospitais (quer em número de camas quer em doentes tratados) cai na combinação de propriedade pública e gestão pública, enquanto as novas experiências tentadas se situam ao longo do eixo da natureza da gestão, mantendo contudo a propriedade do hospital na esfera pública.

Assim sucede com a experiência do Hospital Fernando da Fonseca de Amadora–Sintra (HFF): gestão privada em hospital público, segundo regime de concessão, bem como com os Hospitais da Feira (HSS) e do Barlavento Algarvia (HBA), caracterizados pela flexibilização parcial das regras do sector público, mas não coincidindo na íntegra com as regras de uma gestão privada.

Resulta daqui que as experiências tentadas têm ocorrido unicamente ao longo de uma das dimensões – a natureza das regras de gestão.

É igualmente relevante assinalar que experiências tentadas noutros países têm tido um cariz completamente distinto. Tomando a referência habitual do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, as denominadas “Private Finance Initiatives” (PFIs) são experiências que ocorrem ao longo da dimensão da propriedade, mas não da natureza das regras de gestão. Essas iniciativas destinam-se a promover sobretudo a construção de hospitais com financiamento privado, quer serão depois rentabilizados pelo desenvolvimento da actividade hospitalar, de gestão tipicamente pública, no seu interior.

São, por este motivo, experiências bastante distintas das entretanto tentadas em Portugal.

Porém, os exemplos interessantes do Reino Unido não se esgotam nas PFIs. Nos últimos vinte anos, o Serviço Nacional de Saúde inglês registou outras alterações importantes, sendo de realçar aqui a organização dos hospitais em *trusts*, semelhantes de algum modo ao que em Portugal se poderá designar como empresas de capitais públicos sem fins lucrativos.

Este tipo de organização situa-se algures entre o “público” e o “privado”, quer em termos de propriedade quer em termos de regras de gestão seguidas.

A hipótese de parcerias público – privado (e público – público) também se caracterizam por uma localização intermédia, embora tendendo mais para uma ponta, ou para outra, do quadrado de possibilidades, consoante a forma concreta de que se venham a revestir.

Finalmente, há que reconhecer a existência de hospitais com propriedade e regras de gestão privadas (H. da CUF e das Descobertas, H. da Cruz Vermelha, H. Particular, etc...).

Esta classificação simples refere-se à forma de organização hospitalar. Dois aspectos complementares, e naturalmente relevantes, são o modo de financiamento dos hospitais e a origem desse financiamento.

No modo de financiamento, a distinção a realizar é entre pagamento prospectivo (associado com a actividade esperada) e pagamento retrospectivo (reembolso de custos). Na origem de financiamento, tem-se novamente as componentes público e privado.

III.3.1.1 A experiência da gestão privada em hospital público

Na Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de Agosto) o Estado caracteriza a legislação sobre saúde como de interesse de ordem pública (Base III) e atribui ao Serviço Nacional de Saúde (Base XII) a responsabilidade global pela protecção dos direitos dos cidadãos constitucionalmente garantidos. O Capítulo V da Lei do SNS vem permitir a gestão de estabelecimentos do SNS através de contratos de gestão, do sistema das convenções e do regime dos contratos-programa. O contrato de gestão do Hospital de Amadora-Sintra constitui a primeira aplicação dos artigos 28º e 29º do Estatuto do SNS, e é um caso de parceria público-privado.

O contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca entrou em vigor no dia 1 de Novembro de 1995, tendo a Sociedade Gestora assumido plenamente a gestão do hospital em 1 de Janeiro de 1996 após ter terminado o regime de instalação em 31 de Dezembro de 1995. O contrato é válido por um prazo de um ano, renovável, por iguais períodos, não sendo denunciável nos primeiros cinco anos. Decorridos mais de cinco anos após a sua assinatura, não tendo sido denunciado, continua em vigor.

A comparação do desempenho entre instituições é fundamental. O Hospital Garcia da Orta (de Almada) é um hospital que tem alguma comparabilidade com o Hospital de Amadora-Sintra e é normalmente escolhido para comparações com o Hospital de Amadora-Sintra. A comparação entre estes dois hospitais é particularmente interessante porque o Hospital de Almada é um hospital do SNS. Além disso, o Hospital de Amadora-Sintra, embora tendo sido construído pelo SNS, tem a sua gestão atribuída, por contrato, a um consórcio privado.

Estes dois hospitais encontram-se nos subúrbios de Lisboa. A extensão territorial abrangida pela área de influência do Hospital Fernando da Fonseca em Km é cerca de 5,3% inferior à do Hospital Garcia da Orta, mas em termos populacionais se considerarmos a população residente, é superior em cerca de 81,2%. A população coberta por cada hospital foi, em 1997 e sem grande precisão, de 316 mil pessoas no caso do Hospital de Almada e 497 mil pessoas no caso do Hospital de Amadora-Sintra. A área de influência do Hospital de Amadora-Sintra é maior em termos populacionais. A distribuição demográfica é sensivelmente a mesma nas áreas de influência de ambos os hospitais, sendo porém de realçar que a população está a crescer mais rapidamente na área de influência do hospital de Amadora-Sintra. Segundo o relatório do INA (1998), a população residente na área de influência do Hospital Fernando da Fonseca conta, em 1998, 598000 habitantes contrastando com os 330000 habitantes da área de influência do Hospital Garcia da Orta para o mesmo ano. Acresce referir que a influência do Hospital de Amadora-Sintra tem também "caudas de distribuição" demográfica mais grossas, isto é, tem uma maior proporção quer de jovens, quer de idosos.

Em termos de dimensionamento, os dois hospitais são relativamente semelhantes, e as valências médicas em cada um não diferem muito. Em termos de produção, em valores agregados, os dois hospitais não são muito diferentes. Têm taxas de ocupação de 77,3% e 77,4% em 2000, respectivamente para o Hospital Fernando da Fonseca e para o Hospital Garcia da Orta. Os dois hospitais têm um número semelhante de trabalhadores, mas o Hospital Fernando da Fonseca tem, presumivelmente, uma maior flexibilidade na gestão dos seus

recursos humanos. Em particular, tem a possibilidade de usar, e usa, sistemas de incentivos explícitos. O Hospital de Amadora-Sintra pagou, em 1997, ordenados cerca de 11% superiores aos praticados no Hospital de Almada. Alguma dessa compensação adicional pode ser atribuída ao prémio de não estar na função pública (embora legalmente a ela possam retornar findo um determinado período de tempo). Mas parte dessa remuneração acrescida resulta também dos incentivos financeiros introduzidos como forma de estimular a produtividade. O sistema de incentivos estabelece pagamentos variáveis, de acordo com os resultados da equipa médica. Cerca de 50% a 60% dos trabalhadores estão incluídos no sistema de incentivos. A autoridade de gestão é exercida de forma clara no caso do Hospital Fernando da Fonseca. No Hospital Garcia da Orta, a gestão é mais centralizada, envolve, em geral, menor transparência e não tem flexibilidade para acomodar modernas políticas de gestão de recursos humanos. Por exemplo, o recrutamento do pessoal no Hospital de Almada tem que obedecer às regras gerais determinadas pelo Ministério da saúde e está dependente da existência de posições vagas no quadro do hospital.¹ Na realidade, as regras do sector público acabam por ser torneadas com a elaboração de contratos de outro tipo, de curto prazo. Por seu lado, o Hospital de Amadora-Sintra pode contratar pessoal de forma relativamente livre. Os serviços podem apresentar propostas de contratação, mas que são validadas, ou não, pelos serviços centrais de recursos humanos.

A cláusula 30^a do contrato entre o Estado e o Hospital de Amadora-Sintra prevê que a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), designe um delegado que será o seu representante a título permanente no hospital a quem competirá fazer a ligação entre as duas partes. O quadro 2 abaixo apresenta alguns elementos comparativos entre os dois hospitais retirados do Relatório de Acompanhamento de 2000 apresentado pelo Delegado da ARSLVT.

¹ Pode também suceder que o hospital precise de pessoal mas tenha os quadros cheios, estando parte do pessoal "oficial" em comissão de serviço ou destacado para outras funções.

Tabela 6. Alguns elementos comparativos entre o Hospital Fernando da Fonseca (HFF) e o Hospital Garcia da Orta (HGO) no ano 2000

	HFF	HGO
Utilização da capacidade instalada (taxa de ocupação)	77,3%	77,4%
Produção de Internamento Número de doentes saídos	O HFF tratou + 37,5% que o HGO	
Valências de Materno-Infantil	O HFF tratou + 72,3% que o HGO	
Valências médicas	O HFF tratou + 27% que o HGO	
Especialidades Cirúrgicas	O HFF tratou + 13% que o HGO	
Rotação por cama (n.º de doentes saídos por cama)	43,4	41,2 O HFF tratou em média + 2,2 doentes
Eficiência das camas Do conjunto das Valências médicas comuns Valências cirúrgicas comuns	O HGO foi superior em 5,3% O HFF foi superior em 0,3%	
Eficiência no internamento (demora média)	O HFF tem um maior rendimento no tratamento dos seus doentes internados.	
Valências médicas	Demora média menor no HGO	
Valências cirúrgicas e Materno-Infantil	Demora média menor no HFF	
Unidades de Cuidados Intensivos	Demora média ligeiramente menor no HGO	
Taxa de Mortalidade (n.º de óbitos por doente saído)		4,0%
Não contando as camas de clínicas de retaguarda	3,8%	
Contando as camas de clínicas de retaguarda	5,2%	
% de doentes entrados pelo Serviço de Urgência	75,8%	67,9% O HFF tem uma actividade menos programada que o HGO ou a pressão da Urgência foi mais forte no HFF
% de doentes internados através do Serviço de Urgência	9,3%	8,9%
N.º de doentes transferidos para outros hospitais		
Em termos absolutos	313	412
Em termos relativos (Transferências Externas/N.º de doentes saídos)	2,1%	4,4%
Índice de Case-Mix	0,89	1,00
Índice de Case-Mix sem obstetrícia	1,33	1,16

Consultas externas	O HFF fez no total + 24064 consultas	
1as consultas	O HFF efectuou + 27,8% de consultas	
Valências médicas	O HGO efectuou + 3,5% de consultas no total mas o HFF efectuou + 17% de 1as consultas	
Valências cirúrgicas	O HFF efectuou + 40,3% de consultas	
Materno-Infantil	O HFF efectuou + 35,2% de consultas no total e + 53,6% em relação às 1as consultas	
% de 1as consultas/total	32,7%	29,7%
N.º de consultas subsequentes geradas pela 1ª consulta (em média)	2,1	2,4
N.º de consultas por doente saído do internamento	6	7
N.º de consultas por dia útil	O HFF efectuou + 96,3 consultas	
N.º de consultas por médico por ano	Cada médico do HFF fez + 173 consultas	
N.º de consultas externas por 1000 habitantes	275	425
Frequência de Utilização por 1000 habitantes		
Especialidades:		
ORL	19,7	18,8
Oftalmologia	18,2	33,6
Ortopedia	27,9	31,9
Actividade cirúrgica	O HFF efectuou + 55% de intervenções. As maiores diferenças situam-se ao nível da Cirurgia Geral, Ginecologia e Urologia.	
Valências cirúrgicas comuns		
N.º de intervenções por sala por dia útil	14891	7850
N.º de intervenções urgentes por dia útil	4,5	5,9
	11,9	8,7
N.º de partos por dia	15,8	11,7
Urgência	O HFF teve mais 190 atendimentos diários	
Financiamento pelo Estado em 1999 (em contos)	14118395	16691675

Fonte: Relatório de Acompanhamento do Hospital Fernando da Fonseca (2001)

O Conselho de Administração da ARSLVT aprovou em Novembro de 2001 uma deliberação sobre o "Contrato de gestão celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o Hospital Amadora/Sintra - Sociedade Gestora, S.A." O documento procede a uma avaliação comparada do Hospital de Amadora-Sintra face ao Hospital Garcia da Orta de Almada. O documento de análise do contrato de gestão é iniciado com uma descrição comparada desde 1996, claramente desfavorável ao modelo de gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca e conclui com considerações que pretendem atingir a mesma conclusão quanto ao esforço financeiro realizado pelo Estado e aos resultados alcançados nos dois hospitais.

Em abono da tese de inferioridade do modelo de gestão concessionado, intenta-se comparar o esforço financeiro directo feito pelo Estado entre 1996 e 2000 a cada um dos hospitais. A superioridade do modelo do Hospital Garcia da Orta seria baseada no mais baixo gasto financeiro ao longo dos cinco anos - 47,7 milhões de contos, comparados com 61,1 milhões de contos no caso do Hospital Fernando da Fonseca. Argumenta-se ainda com a diferença nas taxas de crescimento médio anual de gasto público em cada hospital, no período, 19,7% no Hospital Fernando da Fonseca e 7,8% no Hospital Garcia da Orta.

A este documento, respondeu o então Ministro da Saúde António Correia de Campos, por despacho, que a realidade não confirma esta tese. Segundo o então Ministro, na comparação do esforço financeiro estão a analisar-se coisas diferentes. Utilizando dados do IGIF, se ao subsídio de exploração do Hospital Garcia da Orta acrescentarmos os subsídios de investimento e os défices económicos do exercício, onde à receita total (cobrada e por cobrar) é subtraída a despesa total, encontramos um gasto inexorável para o Estado, muito diferente do indicado pelo Conselho de Administração da ARSLVT.

Para os quatro anos que realmente interessam, de acordo com o Gabinete do Ministro de então, 1997 a 2000 (dado ter sido 1996 um ano atípico, de arranque), a comparação a fazer será entre 54,0 milhões de contos de gasto público no

Hospital Fernando da Fonseca e 47,5 no Hospital Garcia da Orta. A diferença será ainda maior se a comparação for feita substituindo o conceito de défice económico pelo conceito de défice financeiro (receita cobrada - despesa total). Aí a comparação seria entre 54,0 no Hospital Garcia da Orta e 56,0 no Hospital Fernando da Fonseca, já desfavorável ao primeiro.

Quanto à diferença no crescimento do gasto, a realidade também não acompanharia inteiramente a comparação apresentada pela ARSLVT. Usando dados do IGIF e do Relatório de Acompanhamento de 1999/2000 ao Hospital Fernando da Fonseca, retirando o ano de arranque, entre 1997 e 2000, os encargos do Estado com o Hospital Garcia da Orta cresceram, na totalidade, 16,1% se estivermos a considerar o défice económico e 29,1% se considerarmos o défice financeiro. É verdade que no mesmo período, o valor correspondente para o Hospital Fernando da Fonseca foi de 45,5%. No entanto, durante o mesmo período, os acréscimos na actividade assistencial do Hospital Garcia da Orta foram menores que os do Hospital Fernando da Fonseca: em doentes saídos (19% no Hospital Garcia da Orta, para 37% no Hospital Fernando da Fonseca), em consultas externas (37% no Hospital Garcia da Orta, para 65% no Hospital Fernando da Fonseca) e em intervenções cirúrgicas (31% no Hospital Garcia da Orta, para 103% no Hospital Fernando da Fonseca). Segundo o então Ministro da Saúde, "uma enorme diferença do desempenho que bem explica o maior crescimento do gasto público".

De acordo com o próprio Relatório de Acompanhamento, comparando o desempenho entre os dois hospitais, em 2000, em termos de eficiência, observa-se uma visível superioridade do Hospital Fernando da Fonseca sobre o Hospital Garcia da Orta: cada cama do Hospital de Amadora-Sintra trata em média mais 2,2 doentes que as do Hospital de Almada, com um case-mix que difere apenas em 0,11 pontos, o que se explica pela muito elevada rotação em saúde materna e infantil; o Hospital Fernando da Fonseca tem uma maior pressão de urgência, que o leva a internar pelo respectivo serviço 9,3% dos assistidos, para 8,9% do Hospital Garcia da Orta; o Hospital de Amadora-Sintra transfere menos doentes para outros hospitais, 313, para 412 no Hospital de Almada; o Hospital Fernando

da Fonseca realiza 3,4 consultas externas por médico em dia útil, o Hospital Garcia da Orta apenas 2,8, o que leva a que cada médico do Hospital Fernando da Fonseca realize, em média, mais 173 consultas que no Hospital Garcia da Orta; o Hospital Fernando da Fonseca em cada dia útil realiza 11,9 intervenções cirúrgicas, o Hospital Garcia da Orta apenas 8,7; enquanto o primeiro realiza 5,9 intervenções por sala em cada dia útil, o segundo apenas executa 4,5; se a análise da produção incidir apenas nas valências cirúrgicas comuns aos dois hospitais, o Hospital de Amadora-Sintra realiza 14891 intervenções e o Hospital Garcia da Orta 7850; o Hospital Fernando da Fonseca realiza 15,8 partos por dia enquanto o Hospital de Almada apenas realiza 11,7.²

Em 1998 foi conduzida uma avaliação comparada do Hospital de Amadora-Sintra face ao Hospital Garcia da Orta de Almada, realizada pelo Instituto Nacional de Administração (INA) para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). As conclusões desse estudo apontam para uma melhor performance do Hospital Amadora-Sintra em algumas áreas.

O Relatório de Acompanhamento do Hospital de Amadora-Sintra da ARSLVT (2000) propõe modificações ao actual contrato de gestão, destacando-se:

- Valorização em percentagem o financiamento da consulta externa e desvalorização da urgência e internamento;
- Estímulo à realização da cirurgia do ambulatório;
- Dedução à remuneração anual o montante relativo aos actos não realizados;
- Obrigatoriedade do hospital integrar um programa de acreditação;
- Condicionamento do pagamento do excesso da urgência ao cumprimento das metas definidas para a consulta externa;
- Referência explícita à possibilidade do Ministério da Saúde aplicar PRU.

² Ver Tabela 6.

III.3.1.1 Regras de gestão privadas em hospitais públicos

A outra experiência referida é a do Hospital da Feira (Hospital de S. Sebastião) em que são permitidas regras de gestão privadas num hospital do Serviço Nacional de Saúde.³ O hospital iniciou a sua actividade, com novas regras, em 1998. Estas regras permitem essencialmente duas diferenças face aos restantes hospitais do SNS: contratos individuais de trabalho e maior flexibilidade nas relações de aprovisionamento (em concreto, a contratação de bens e serviços rege-se "pelas normas do direito privado"). Tudo o resto segue as regras dos restantes hospitais.

A organização interna do Hospital de S. Sebastião reflecte a maior liberdade de gestão. Por exemplo, ao contrário do hospital típico do SNS, o Hospital da Feira divide-se internamente em quatro centros de custos principais. Estes centros de custos encontram-se divididos em serviços. Cada serviço contrata com o centro de custos relevante um programa de actividades anual. A agregação de todos estes valores determina uma proposta de contrato a ser realizado com o SNS/Ministério da Saúde. Outro exemplo é fornecido pela diferente organização das urgências, com um primeiro procedimento de triagem dentro do hospital. Estando sob grande visibilidade pública, a gestão do Hospital da Feira procurou atingir um elevado desempenho. Tendo por base o contexto referido, a gestão do Hospital da Feira instituiu um sistema de incentivos financeiros, baseados em prémios de produtividade mensais e bolsas de investigação anuais. Mais precisamente, o prémio de produtividade mensal pode atingir os 46% do salário base para os médicos, e os 15% para os enfermeiros e outro pessoal. As bolsas de investigação são pagas em espécie, com um limite superior. Isto é, o hospital reembolsa despesas associadas com a participação em encontros científicos (cobrindo despesas de inscrição, transporte e alojamento). O valor dessas bolsas

³ Este hospital beneficia de uma lei especial - Decreto-Lei n.º 151/98

de investigação pode atingir 80% do salário base de início de carreira para os médicos (e 15% no caso dos enfermeiros e outro pessoal). A gestão do hospital também permite a realização de prática privada dentro do hospital para os médicos que aderirem ao sistema de incentivos.⁴

O propósito do sistema de incentivos é remunerar as diferenças individuais de produtividade bem como alinhar os interesses individuais com os objectivos gerais da organização. O desempenho é medido por um conjunto de indicadores que incluem avaliações individuais, avaliações quantitativas da produção e dos custos unitários, bem como avaliações de satisfação por parte dos utentes.

De acordo com uma primeira avaliação desenvolvida por uma companhia de consultoria externa, o sistema de incentivos conduziu a uma elevada motivação dos profissionais, o desenvolvimento do espírito de equipa, o alinhamento dos interesses individuais com os objectivos de gestão, aumentos de produtividade e uma elevada qualidade de serviço. Finalmente, embora sejam de pouca monta, registaram-se casos em que as avaliações mensais negativas resultaram na perda de prémios de produtividade respectivos. Esta situação é essencial para que a credibilidade do sistema de incentivos seja mantida (e que os prémios de produtividade não passem a ter a natureza de "direito adquirido", passando automaticamente a incorporar a remuneração do profissional).

Uma comparação preliminar de desempenho pode ser feita com base na Tabela 6. De um modo geral, os indicadores da Tabela 7 mostram um bom desempenho do Hospital da Feira, embora devam ser vistos com cuidado dada a sua proveniência.

⁴ A informação referente aos esquemas de incentivos é a constante dos relatórios de actividades do Hospital de S. Sebastião.

Tabela 7. Desempenho relativo do Hospital de S. Sebastião

	S. Sebastião	HGO	HFF	Matosinh os	Costa del Sol
Demora média	4,2	6,7	8,1	7,2	4,5
Taxa de ocupação (%)	65,0	73,6	81,6	78,4	76,5
Doentes saídos/médico	185	79,9	11,5		
Doentes saídos/cama	52,4	41,3	36,8	45,0	61,2
Internamentos via urgência (%)	62,4	61,8	88,8	72,2	73,8
Cirurgias/Médicos	165,6	75,9	154,6	145,3	
% cirurgias programadas	70,5			71,4	72,6
Tempo espera em semanas (cirurgia programada)	38,4				39,8
% cesarianas	30,6	14,9	25,8	29,9	12,3
% 1as consultas	46,3	33,2	33,9	26,7	41,8
Consultas/médico	967	586,5	465,6	727	
Consultas/1000 habitantes	4760				4934,1
Mortalidade (na sala de operações)	0,25				0,13
% satisfação global dos doentes	98,9				96,4

Fonte: Relatório de Gestão do Hospital de S. Sebastião

III.3.1.2 Os sistemas locais de saúde

A figura de Unidade Funcional de Saúde, prevista no Decreto-Lei n.º11/93, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, foi criada para servir como dispositivo articulador dos centros de saúde e dos hospitais e como instância de planeamento de recursos. O Despacho n.º 24/94 acrescenta a estas duas componentes a formação e a investigação. A lógica deste dispositivo assentava principalmente na necessidade dos serviços estabelecerem canais de comunicação entre si e, por essa via, facilitar-se o processo de referenciação clínica e de continuidade de cuidados.

Num nível mais funcional, as Unidades Coordenadoras Funcionais, criadas pelo Despacho n.º 6/91, têm constituído um importante instrumento de coordenação entre diferentes tipos de serviços, centros de saúde, hospitais, hospitais de apoio perinatal e de apoio perinatal diferenciado - para as respostas às necessidades de cuidados de saúde materno-fetais, neonatais e infantis.

A concertação de acções no sentido de se obterem ganhos em saúde e a necessidade de se refazer o fluxo natural das pessoas entre os diversos prestadores impõem que a figura da Unidade Funcional de Saúde evolua no sentido de um dispositivo que inclua todos os prestadores que, no terreno, concorram para a saúde dos indivíduos, das famílias e dos grupos sociais. O Sistema Local de Saúde é o instrumento funcional que materializa este dispositivo.

O Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de Maio institui o regime do Sistema Local de Saúde (SLS). Um SLS constitui um conjunto de recursos da saúde articulados na base da complementaridade, organizados segundo critérios geográfico-populacionais, implantado tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, desenhado a partir das necessidades em saúde definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais, com capacidade de coordenar os recursos

disponíveis, facilitador da participação social e que, em articulação com a Rede de Referenciação Hospitalar, concorre para o desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde. A articulação visa facilitar o acesso, garantir o encaminhamento da informação clínica acordada, promover o aumento de qualificação dos profissionais e a avaliação dos cuidados prestados. Assim se pretende reduzir a burocracia, eliminar actos desnecessários ou duplicados e evitar o hospitalocentrismo.

Segundo Justo (1998), os sistemas locais de saúde fazem parte da estratégia de reorganização e reorientação do SNS, cujo propósito é a prestação de cuidados de saúde com equidade, efectividade e eficiência sociais, com uma significativa participação dos cidadãos e das comunidades na execução e programas de saúde. Um SLS é constituído pelo conjunto de centros de saúde, hospitais, instituições privadas com e sem fins lucrativos, organizações não governamentais e instituições comunitárias com intervenção no domínio da saúde, como sede na área geográfica definida para o SLS.

III.3.1.3 Os centros de responsabilidade integrados

Actuando os hospitais num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza diversa, entende-se hoje que grande parte do esforço de gestão, para ser eficaz, deve localizar-se praticamente ao nível de cada prestador, com capacidade para determinar a qualidade e quantidade dos recursos a utilizar em cada situação individual. Além disso, a tradicional separação entre as funções, os prestadores sem formação ou capacidade de gestão e os gestores que não possuem qualquer competência técnica no âmbito das ciências da saúde, determinou, durante muito tempo, um conflito artificial entre os que gastavam (os prestadores) e os que queriam gastar menos (os gestores). Esta exterioridade da gestão teve como principais consequências a cristalização de "sub-culturas" defensivas de natureza corporativa, o isolamento da função gestão no nível dos serviços administrativos e a desresponsabilização dos diversos níveis.

O Decreto-Lei n.º 219/99 de 18 de Setembro vem dar resposta a esta percepção criando os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS. Os CRI são unidades de contratualização interna, traduzindo um compromisso entre os gestores dos CRI e o Conselho de Administração do Hospital para o cumprimento de um dado volume de produção de cuidados, negociados em função dos recursos atribuídos. Constituem níveis intermédios de gestão, entre o nível de administração e o nível operacional, baseados no processo assistencial, agrupando serviços e/ou unidades funcionais, por áreas homogéneas de actividade, em qualquer caso com dimensão gestonária adequada e com afinidade funcional. São dotados de órgãos de gestão com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objectivos, nos termos e no âmbito do contrato-programa e orçamento acordados com a administração do hospital. No fundo, os CRI surgem como resultado de uma visão contabilística de organização em centros de custos.

A criação dos CRI visa atingir maior eficiência e melhorar a acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição. Procura ainda aumentar a produtividade e a qualidade da actividade, através da atribuição de incentivos aos profissionais, de acordo com o respectivo desempenho (individual e colectivo) e na medida dos ganhos de eficiência obtidos. Estão contemplados a afectação de desvios positivos aos CRI, uma componente variável no salário dos profissionais, que em algumas situações, pode atingir o dobro da componente fixa, melhoria das condições de trabalho, participação em acções de formação e estágios e apoios à investigação em função de critérios objectivos de desempenho.

Actualmente, para além dos departamentos da área da saúde mental, equiparados a CRI, existem apenas dois CRI a funcionar. Encontram-se ambos em Coimbra: um, dirigido pelo Professor Manuel Antunes no Hospital Universitário, é o Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiorácica; o outro, sob a responsabilidade do Dr. Rui Pato no Centro Hospitalar da cidade, é da área da Pneumologia. De acordo com o Decreto-Lei n.º 219/99 de 18 de

Setembro, todos os hospitais e centros hospitalares do SNS deverão estar organizados em CRI até Dezembro de 2003.

Segundo Gomes (2001), existe algum cepticismo por parte dos profissionais da saúde em torno da implementação generalizada dos CRI uma vez que a proposta não é completamente nova e fracassou no passado. Visando a desconcentração de poderes e a consequente repartição de responsabilidades, já a Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro) instituía Centros de Responsabilidade (regulamentados pelo Decreto Regulamentar n.º 3/88) como modelo de gestão e de desenvolvimento da actividade hospitalar, constituindo níveis intermédios e/ou operacionais de administração. Esta forma de organização nunca foi no entanto incentivada nem pelos órgãos da tutela, nem pelos órgãos de gestão e, em escassos exemplos de implementação, pretendia sobretudo legitimar o exercício da medicina privada, dada a exigência de integração dos médicos em Centros de Responsabilidade, de acordo com o n.º 2 do Artigo 32º do Decreto-Lei n.º 73/90 de 12 de Março.

Como exemplo do cepticismo dos médicos, Antunes (2001) escreve "Conquanto a filosofia subjacente aos Centros de Responsabilidade se mantenha inalterada desde 1998, espero que a vontade de fazer dela um sucesso seja mais forte que anteriormente. Mas há já indícios de que assim não acontece. O entusiasmo inicial esvaneceu rapidamente, se é que não desapareceu por completo. De facto tenho muito receio de que este projecto venha a ser praticamente um nado-morto!"

Para alguns, o diploma de 1988 teve insucesso porque o legislador não entendeu a cultura do nosso país. Segundo esses, como o pessoal médico está na melhor posição para apurar as necessidades dos CRI, só é possível incutir uma filosofia de responsabilidade nessas unidades de cuidados se o seu director for médico como prevê essencialmente o actual Decreto-Lei e não um administrador como propunha a legislação anterior.

III.3.2 Financiamento: contratualização e PFI

As receitas dos hospitais públicos portugueses assentam fundamentalmente no subsídio de exploração que lhes é atribuído centralmente. Este é maioritariamente baseado no histórico de cada instituição, dependendo em 30% da produção do ano anterior. As outras receitas têm um peso muito inferior, agravado por uma baixa taxa de cobrança (inferior a 50%), apesar de alguma tendência de subida em anos recentes.

Pelo contrário, tem-se observado uma evolução acentuada da despesa; as despesas com pessoal, médico e de enfermagem, representam cerca de 65% do total das despesas com pessoal, das despesas com aquisições, os produtos farmacêuticos representam 70%, seguidos do material de consumo clínico (25%).

Os custos médios por actividade têm aumentado (custos por doente no internamento, consultas e urgência), com acentuado grau de variação.

Como facto positivo, assinala-se um aumento do investimento, embora também com grande variação. Iniciou-se, entretanto, em meados da década de 90, um modelo misto de contrato público, combinando o financiamento público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores, com base nas Agências de Contratualização.

Por força do seu Estatuto próprio, o SNS "é um conjunto ordenado hierarquizado de instituições e serviços oficiais afins, prestadoras de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde". Os serviços centrais do Ministério da Saúde desempenham funções de regulamentação, orientação, planeamento e inspecção enquanto, para permitir uma gestão de recursos tão próxima quanto possível dos destinatários, se acentua o papel das então reduzidas a cinco regiões de saúde (regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 335/93 de 29 de Setembro), reforçando as competências e as atribuições das suas administrações. As ARS passam a ter autonomia

administrativa e financeira para coordenar a actividade dos serviços de saúde, incluindo hospitais. Preconiza-se que o SNS tenha uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Entre as funções das ARS definidas pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro sobressai a função "Agência"/Acompanhamento dos serviços de saúde. O conceito de "Agência" tem subjacente os pressupostos seguintes. A assimetria de informação no processo de prestação de cuidados de saúde torna as escolhas do utilizador difíceis. A utilização de cuidados de saúde envolve uma transferência de responsabilidades do utilizador para o prestador. A relação de agência ou relação de intermediário (Campos, 1993) estabelecida, isto é, uma situação em que o indivíduo delega as suas decisões sobre o consumo ou produção numa outra pessoa que passa a actuar como seu agente é fruto, no sector da saúde, do desconhecimento do consumidor no que se refere às suas próprias necessidades de saúde e às características dos bens que as possam satisfazer. Quando se trata da relação de um grupo ou sociedade com os serviços de saúde, essa transferência de responsabilidades requer, para ser efectiva, a intervenção de uma terceira entidade que crie as interdependências necessárias à sua concretização. É esta problemática que constitui a característica central da relação de agência, em que os prestadores ou uma terceira entidade desempenham o papel do agente em nome e no interesse dos utilizadores ou da sociedade. A função "Agência" é portanto intermediária entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados. Pressupõe uma distinção clara entre financiamento/pagamento dos cuidados de saúde e a sua prestação. Não se trata necessariamente de atribuir estas funções a entidades diferentes, mas de as diferenciar do ponto de vista operativo. A interacção com os cidadãos e com os serviços far-se-á através do acompanhamento do desempenho e da disseminação da informação daí resultante.

Alguns dos principais objectivos desta função são participar na previsão de necessidades em cuidados de saúde (natureza e volume) para as quais há que garantir respostas adequadas, produzir e divulgar conhecimento sobre os serviços

de saúde, promover a utilização desse conhecimento por parte da administração e por parte dos cidadãos, acompanhar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde na resposta àquelas necessidades, participar gradualmente no processo de atribuição/distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde da região e avaliar os ganhos em saúde e bem-estar com as verbas gastas.

A atribuição/distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde da região deve assentar doravante em critérios de racionalidade técnica e de equidade social. Procura que a metodologia de distribuição assuma formas de rigor e consequências crescentes entre as quais a criação de mecanismos de negociação com os serviços de saúde, o desenvolvimento de sistemas integrados de informação de gestão, o desenvolvimento de novos modelos de financiamento, designadamente recorrendo aos orçamentos-programa, e o aprofundamento de mecanismos de controlo e avaliação dos desvios.

O conceito de orçamento-programa tem origem na necessidade de ligar a actividade prevista ao volume de recursos financeiros atribuídos a uma organização. Ou seja, é aceite que o montante transferido para uma instituição deve estar, antes de mais, associado à sua produção e não dependente da sua estrutura interna. Numa primeira fase, o modelo orçamentos-programa é aplicado em termos marginais apenas para depois ser estendido à generalização dos serviços.

Já a Lei de Bases da Saúde apontava no sentido da existência, nas ARS, de uma função de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde, a par de outras formas de planeamento, regulação e coordenação de meios e instrumentos. No entanto, apesar dos dois diplomas, só em 1997 com a criação da primeira "Agência" se começa a materializar este conceito no terreno.

A partir de 1996-97, acentua-se o esforço de descentralização efectiva. As administrações das ARS começam a receber autoridade para financiar as

instituições de saúde, a coordenar as relações entre estes e a assumirem um crescente papel na política de investimentos (Ministério da Saúde, 1997). O Despacho Normativo n.º 45/97 de 8 de Agosto da Ministra da Saúde estabelece a metodologia a que deve obedecer o processo de distribuição dos recursos financeiros no SNS. O Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de Agosto determina a instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das ARS e define orientações para este processo enquanto o Despacho Normativo n.º 61/99 de 12 de Novembro altera a designação para "Agências de Contratualização" dos Serviços de Saúde (ACSS) e estabelece uma coordenação nacional através do Conselho Nacional das Agências.

Concretamente, de acordo com o Ministério da Saúde (1998), a contratualização é o processo que conduz a um contrato pelo qual uma das partes (ACSS) se obriga a promover por conta do cidadão a celebração de contratos de prestação de cuidados de saúde ou de actividade de promoção da saúde, de modo autónomo e estável. A contratualização realiza-se conhecendo as necessidades de saúde e correspondentes necessidades de actividades em saúde, estabelecendo prioridades relativamente às iniciativas de saúde a realizar, contratando instituições de direito público ou privado mediante negociação e o estabelecimento de acordos, monitorizando as actividades previstas nos contratos e avaliando os resultados desses mesmos contratos.

O SNS passa a ser administrado a dois níveis principais: o nível central (o Ministério da Saúde) e o nível regional (as ARS). Convém sublinhar que esta gestão conjunta dos recursos diz apenas respeito à despesa corrente. Todo o investimento em capital como por exemplo a instalação de equipamento de alta tecnologia é da responsabilidade exclusiva da Direcção-Geral de Saúde.

De acordo com Escoval (1999), embora muito da autoridade esteja descentralizada nos Conselhos de Administração das ARS, na prática, o Ministério da Saúde ainda detém a maior parte do poder, o que é particularmente evidente no que se refere aos hospitais, em relação aos quais o Ministério

controlo a política de desenvolvimento, a gestão estratégica e a avaliação. Apesar dos centros de saúde de cuidados primários estarem directamente sob o controlo de gestão das ARS, com os hospitais, as ACSS têm actuado sobretudo na concretização de projectos específicos como a promoção da acessibilidade ao ambulatório e a redução de listas de espera.

Face ao crescimento aparentemente descontrolado do défice, discutem-se ainda formas alternativas de financiamento, nomeadamente o financiamento da construção de hospitais públicos por entidades privadas em troca de concessões de longa duração (20-25 anos) para a exploração privada de serviços hospitalares não clínicos - restauração, lavandarias, estacionamento (parcerias público-privado do tipo "Private Finance Initiatives - PFI"), o que diversificaria a origem dos fundos de investimento no SNS, permitindo uma renovação mais rápida das suas instalações e equipamentos. Estas parcerias com o sector privado, requerem no entanto, como tem demonstrado o exemplo de outros países, um elevado grau de competência da administração de saúde na sua negociação e acompanhamento.

A tabela 8 descreve as principais iniciativas e oportunidades para uma reforma do sistema hospitalar público.

Tabela 8. Principais iniciativas e oportunidades para uma reforma do sistema hospitalar público

Modalidades		Objectivos	Dificuldades
"Empresarializar"	Hospital-Empresa	Mais autonomia para a gestão hospitalar	Reservas sindicais
Privatizar	Gestão privada global de hospitais públicos	Mais autonomia para a gestão hospitalar	Grau de complexidade - Administração Pública competente
	Parcerias público/privadas para construção de hospitais (PFI)	Mais investimento em troca da concessão de serviços a privados	Contrato a longo prazo - Administração Pública competente
Reorganizar	CRI	Mais autonomia para as unidades prestadoras	Inércia Administrativa

Fonte: Observatório Português de Sistemas de Saúde (2001)

III.3 Comparações internacionais

Procede-se à análise do sistema de financiamento e das modalidades de pagamento em três países da União Europeia, de algum modo representativos de três modelos paradigmáticos de organização: Alemanha, Holanda e Reino Unido.

III.3.1 Sistemas de financiamento

III.3.1.1 Alemanha

O modelo de financiamento dos serviços de saúde na Alemanha assenta basicamente no financiamento público. As bases deste sistema foram lançadas por Bismarck em 1883 tendo, no entanto, sido objecto de algumas adaptações e de profundas reformas, nomeadamente no fim da década de 70, no decurso dos anos 80 e, mais recentemente, em 1993.

Todos os cidadãos beneficiários das caixas de seguro obrigatório contribuem directamente com valores pouco significativos para os cuidados de saúde. A cobertura de cuidados de saúde é assegurada por um sistema de seguros altamente estruturado e regulamentado que não pode facilmente ser rotulado de privado ou de público. Existem variados fundos de seguros que têm diversas taxas de contribuição e estão organizados por distrito, por actividade profissional ou por empresa.

Cerca de 90% da população está coberta por um Sistema de Seguro de Saúde Público que, desde há mais de 100 anos, constitui o esqueleto do sistema de seguros de saúde e cobre todos os trabalhadores com rendimentos inferiores a um determinado nível (4800 DM em 1999). Cerca de 85% da população encontram-se assim cobertos. Cerca de 13% da população opta por um seguro voluntário do mesmo tipo de fundos de doença e 2% (aqueles que recebem remunerações elevadas) por um seguro privado. O número de indivíduos não assegurados é inferior a 1%.

De acordo com Schneider et al. (1992), os trabalhadores com baixos rendimentos têm uma quotização de aproximadamente 12,2% do seu salário (o seguro dá cobertura a todos os membros da família do trabalhador), sendo 50% da sua responsabilidade e 50% da responsabilidade do empregador. Segundo a German

Health Reforms (1994), entre Julho de 1991 e o fim de 1992, a quotização referida passou de 12,2 para 13,4%.

Os cidadãos cujo rendimento é superior a um determinado tecto fixado para o regime obrigatório podem escolher livremente entre o regime obrigatório e o seguro privado. Geralmente optam por um segurador privado, já que os prémios são habitualmente mais baixos para as famílias, casados, idosos e trabalhadores de alto risco.

A Tabela 9 apresenta os principais serviços prestadores de cuidados de saúde existentes na Alemanha, bem como a identificação dos terceiros pagadores e das respectivas fontes de financiamento.

Tabela 9. Principais serviços prestadores de cuidados de saúde e fontes de financiamento

Terceiros pagadores	Os prestadores que fornecem serviços de saúde aos doentes	Fontes de financiamento
Seguros privados (10% população)	Serviços públicos de saúde	Contribuições obrigatórias e voluntárias (60% das despesas de saúde)
Caixas substituição (28% população) e Caixas RVO (60% população)	Farmacêuticos	
		Médicos que prestam cuidados ambulatoriais
	Hospitais públicos, Médicos assalariados (51% das camas)	
Administração federal	Hospitais privados sem fins lucrativos, Médicos assalariados (35% das camas)	Seguro privado (7% das despesas)
Administração Landers	Hospitais privados sem fins lucrativos, Médicos pagos por acto (14% das camas)	
Administração local	Serviços de cuidados de enfermagem domiciliários	Particulares

Fonte: Adaptado de OCDE (1992)

Quanto às fontes de financiamento, cerca de 60% das despesas de saúde são financiadas por contribuições obrigatórias e voluntárias para o seguro de doença obrigatório, aproximadamente 21% por impostos, 7% correspondem a seguros privados e cerca de 11% das despesas não reembolsadas são pagas integralmente pelos doentes.

A separação entre prestador e financiador tem um base histórica e a responsabilidade pelo sistema de saúde assenta principalmente, a nível regional, nos "Lander", havendo pequena intervenção do governo central. Os resultados alcançados são considerados bons, já que a prestação de cuidados é excelente e o nível de satisfação parece ser elevado (OCDE, 1992).

III.3.1.2 Holanda

O sistema de financiamento da Holanda combina o sistema de reembolso voluntário com sistema de contrato público, que consiste em fundos de doença, através dos quais são pagos directamente os prestadores, ao acto ou por capitação. Caracteriza-se por uma regulamentação central dos preços, do volume e da capacidade e por um sistema misto de financiamento. O nível de partilha de custos é baixo e os prestadores são normalmente independentes (OCDE, 1992).

A denominada "Reforma Dekker", sobre estratégias destinadas à reforma da estrutura e do financiamento do sistema, apresentada em 1987 e aprovada (embora não tenha sido posta em prática) em 1988, após ampla consulta e discussão no Parlamento, revista após uma mudança parlamentar em 1989 (passando a denominar-se "Plano Simons"), está orientada no sentido de estimular a competição entre os seguradores e os prestadores, tentando melhorar a qualidade e controlar os custos. Um fundo central recebe o rendimento relativo às contribuições dos cidadãos e paga prémios de risco às seguradoras. Esta é a maior mudança na prática do financiamento. Esta alteração dará às seguradoras um incentivo para não rejeitarem doentes de alto risco (Hindle et al., 1993).

A livre escolha das seguradoras cria competição entre elas. Além disso, 15% das contribuições directas são consignadas para assegurar o custo da escolha consciente dos utilizadores e constituem um incentivo para a redução dos custos. Do lado da prestação, a legislação propõe retirar o direito de cada prestador contratar com qualquer seguradora, permitindo às seguradoras seleccionarem os prestadores com base em critérios de custo-efectividade.

O financiamento de cuidados de saúde holandês é complexo:

- em primeiro lugar, toda a população está coberta por um seguro obrigatório para doenças e incapacidades graves e prolongadas através da Lei das Necessidades Médicas Excepcionais;
- em segundo lugar, a maior parte dos grupos de menor rendimento (cerca de 60% da população) são obrigatoriamente seguros em fundos de doença. As contribuições estão relacionadas com o rendimento e são sujeitas a um limite máximo, sendo cobradas pelos empregadores. Os fundos de doença foram gradualmente consolidados pelo que, actualmente, existe um fundo único na maior parte do país;
- em terceiro lugar, quase toda a restante população (cerca de 40%), compra seguros privados a cerca de 70 empresas seguradoras. Estes seguros são geralmente apólices individuais que levam em conta o risco, especialmente a idade, e que variam em função da extensão da cobertura, de co-pagamentos e da existência de franquias. Os fundos de doença pagam aos clínicos gerais numa base de capitação e aos especialistas numa base de pagamento ao acto, cujos montantes são negociados pela Associação dos Fundos e pela Ordem dos Médicos. Os medicamentos são fornecidos por farmácias privadas e os hospitais são pagos através de orçamentos prospectivos.

Os seguros obrigatórios são financiados por contribuições relacionadas com o rendimento até um determinado limite de rendimento. Os empregados pagam 2,85% dessas contribuições e os empregadores 4,95%, representando cerca de 8% do rendimento bruto. Os seguros privados abrangem os trabalhadores cujo rendimento se encontra acima do tecto estabelecido para o seguro obrigatório, os funcionários públicos e os empregados por conta própria. Neste tipo de seguro o doente paga, sendo reembolsado posteriormente. No início da década de 90, mais de um terço da população estava coberto por seguros privados. Há também alguns seguros privados, obrigatórios por lei, para funcionários pertencentes à administração local e regional e para as forças policiais. Levando em conta os funcionários públicos, no início dos anos 90, cerca de 40% da população estava coberta por seguros privados.

De acordo com Schneider et al. (1992), os segurados podem garantir protecção contra riscos adicionais através de seguros complementares o que, em geral, acontece para odontologia e para tratamentos homeopáticos. Os segurados podem também fazer seguros complementares para subsídios de doença. O montante dos prémios para seguros privados depende da idade no momento do seguro e do risco de saúde mas não do sexo.

A baixa contribuição dos empregados só é possível pela existência de subsídios estatais e pelo financiamento separado dos internamentos de longa duração, através do Seguro Geral de Cuidados de Saúde. As contribuições dos trabalhadores para este fundo estão relacionadas com o respectivo rendimento e representam 5,8% do seu rendimento bruto. Os empregados por conta própria e os estudantes têm escalões especiais e mais baixos. Os pensionistas pagam 3,1% do valor da sua reforma e as viúvas e os órfãos estão isentos.

As fontes de financiamento para os cuidados de saúde são obtidas através de contribuições para o Fundo Social de Doença, assim distribuídas: Seguro Geral de Cuidados de Saúde, 24,3%; seguros privados, 17,3%; co-pagamentos e contribuições dos trabalhadores, 11,1% e impostos, 8,2%, correspondendo ao total das despesas com a saúde.

III.3.1.3 Reino Unido

O sistema de saúde do Reino Unido continua a ser considerado o paradigma de um Serviço Nacional de Saúde, de onde irradiou a sua influência para países como Portugal, em que os recursos provêm essencialmente de impostos, os prestadores são na sua maior parte públicos e existe cobertura universal e tendencialmente gratuita para toda a população. A finalidade do Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS) é garantir a melhoria do estado de saúde físico e mental da população e actuar na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

O NHS é financiado simultaneamente por impostos (79% das despesas), por contribuições do seguro nacional (16%) e pelo pagamento dos doentes (5%) (OCDE, 1992 e Hindle et al., 1993). Os cerca de 58 milhões de habitantes do Reino Unido têm direito a cuidados de saúde gratuitos, oferecidos pelo NHS, independentemente do rendimento ou das contribuições pagas. O objectivo principal do NHS é prestar cuidados de saúde compreensivos a toda a população. Contudo, este objectivo não tem sido alcançado na prática, o que é demonstrado não apenas pela crescente tendência de recorrer a seguros privados mas também pelo conjunto actual de benefícios oferecidos pelo NHS.

No Reino Unido, existem co-pagamentos para medicamentos, próteses dentárias, óculos e tratamentos de fisioterapia. O internamento num hospital tem que ser previamente pedido por um clínico geral. O tratamento hospitalar é gratuito, cobrindo o NHS todos os custos, excepto quanto o doente opte por um quarto particular.

Cerca de 10% das camas hospitalares são particulares. Sempre que um doente é admitido para um quarto particular tem que pagar uma importância diária, que difere de acordo com a classe do hospital e a qualidade das instalações (quarto individual, de duas camas, etc.). Os exames de diagnóstico e a reparação de dentaduras não estão sujeitas a co-pagamentos. Para todos os outros actos ou serviços existe um co-pagamento. No entanto, as crianças com menos de 16 anos, os estudantes dos 16 aos 19 anos, as grávidas, ou as mães com bebés até um ano de idade estão isentas, em princípio, de co-pagamentos.

Cerca de 11% da população (quadros superiores e trabalhadores independentes, principalmente do Sudeste de Inglaterra) está coberta por seguros de doença privados fornecidos por seguradoras sem fins lucrativos. Aproximadamente metade dos segurados referidos está coberta por seguros de grupo, em que os prémios são suportados pelos empregadores.

A cobertura efectuada pelos seguros só inclui, praticamente, os cuidados hospitalares agudos não urgentes, as consultas de especialidade e cerca de 70% dos tratamentos de doenças graves em clínica privada. No entanto, a referida cobertura tem, naturalmente, os problemas inerentes aos sistemas de seguro, isto é, pode ser recusada, por exemplo, a assunção do risco de afecções preexistentes e uma parte das apólices de seguro, para além da imposição de franquias, ainda limita a cobertura a certas categoria de instituições hospitalares.

As seguradoras privadas têm utilizado o método de reembolsarem os doentes pelas facturas pagas, em vez de celebrarem contratos directos com os prestadores para fornecimento de serviços aos seus beneficiários. Mas o crescimento dos preços tem conduzido a uma prática crescente por parte das seguradoras, no sentido de efectuarem negociações e pagamentos directos com os prestadores.

III.3.2 Modalidades de pagamento

III.3.2.1 Alemanha

Na Alemanha, as caixas de seguro de doença obrigatório cobrem cerca de 90% da população e pagam directamente aos prestadores os serviços prestados aos seus beneficiários, sob a forma de orçamentos globais ou de pagamentos por acto. As seguradoras privadas cobrem aproximadamente 10% da população e efectuam pagamentos directos aos prestadores ou reembolsos aos segurados. Os investimentos hospitalares, quer no sector público, quer no privado, são em grande parte financiados pelo Estado.

O pagamento aos hospitais é feito numa base dupla: as despesas de exploração são financiadas pelas caixas de seguro de doença e por seguradores privados; e as despesas de investimento, mesmo nos hospitais privados, são efectuadas pelos governos dos Landers. As despesas de exploração são asseguradas por dotações orçamentais globais prospectivas, negociadas à escala local por representantes das caixas de seguros de doença e dos hospitais.

Antes de 1984 os hospitais eram pagos por dia de internamento, a preços estabelecidos pelos governos das províncias e baseados nos respectivos custos. A partir de 1986 foi introduzido um sistema de orçamentos flexíveis, que prevê que sejam efectuadas negociações com os hospitais, e em que também tomam parte dos fundos de doença, que contribuem com mais de 5% para o respectivo financiamento. A negociação leva em consideração a despesa de anos anteriores e o crescimento potencial do ano em análise e dos seguintes, e compara os custos de cada hospital com os de hospitais semelhantes.

Os orçamentos são negociados e, com base neles, é determinada uma diária calculada em tempos de internamento e taxas de ocupação pré-definidas. Efectuam-se ajustamentos posteriores, de modo a que os hospitais possam reter 25% dos proveitos adicionais, se a utilização for maior que a esperada, e suportar 25% dos prejuízos, se a utilização for menor que a prevista. Qualquer lucro será levado em consideração nas negociações do ano seguinte. Um objectivo do novo sistema é garantir a cobertura dos custos no caso de variações nas taxas de ocupação.

Desde 1986 que os preços para os dias de internamento foram alterados de modo a incluir preços e pagamentos especiais. São pagos preços especiais, em vez do preço global por dia de internamento, relativamente a departamentos cujo custo é especialmente baixo (por exemplo, obstetrícia) ou especialmente elevado (como com cuidados neonatais). São igualmente devidos pagamentos especiais adicionais no caso de serviços muito caros, como por exemplo, a colocação de pacemakers.

Foi realizada uma experiência de pagamento a hospitais de acordo com GDH, primeiro num Hospital de Kiel, depois alargada a outros. A demora média de internamento desceu para um terço no Hospital de Kiel, tendo este começado a cooperar com os médicos nos consultórios para reduzir, ainda mais, o tempo de permanência dos doentes.

Desde 1993 e mais dramaticamente desde 1996, o sector hospitalar alemão tem conhecido alterações consideráveis devido a orçamentos fixos, à possibilidade de défices e lucros, à cirurgia ambulatoria e à introdução de pagamentos prospectivos. Previamente, a partir de 1972, a Lei de Financiamento Hospitalar, que tinha introduzido o financiamento duplo e o princípio de cobertura de todos os custos, proporcionou circunstâncias mais favoráveis aos hospitais alemães.

O financiamento duplo significa financiamento de custos de investimento através dos Landers e financiamento da despesa corrente através dos fundos de doença (mais pacientes privados). Os custos correntes incluem todos os custos com pessoal, como os médicos do hospital. Os directores dos departamentos médicos têm normalmente o direito de cobrar aos doentes privados por serviços médicos montantes acima dos preços do hospital.

De modo a ser elegível para os custos de investimento, os hospitais têm de estar na listagem dos planos dos hospitais que são determinados pelos Landers. Estes planos muitas vezes enunciam também as especialidades que são necessárias e até o número de camas por especialidade, para cada hospital. Desde 1989, um hospital tem sido definido legalmente como uma instituição que trata indivíduos doentes ou presta serviços de obstetrícia que são continuamente seguidos pelos médicos e onde os doentes podem ser alojados e alimentados; daqui para a frente, referir-nos-emos a estes hospitais como os hospitais gerais e psiquiátricos.

Nos dados internacionais, as instituições preventivas e de reabilitação são muitas vezes consideradas hospitais. Estas instituições não aparecem no entanto nos planos dos hospitais e não recebem qualquer reembolso por custos de investimento pelo governo do Estado, dependendo apenas, em vez disso, de um reembolso através de contratos negociados.

No que diz respeito aos custos correntes, o princípio de cobertura de todos os custos significa que tudo o que o hospital tinha gasto tinha de ser reembolsado. O financiamento era calculado por taxas diárias que eram determinadas retrospectivamente pelos Estados para cada hospital. No entanto, dentro de cada hospital, todas as taxas diárias eram iguais.

A Lei do Financiamento Hospitalar inicial permaneceu a principal base legal para o sector hospitalar alemão até 1992. A Lei da Estruturação dos Cuidados de Saúde foi a primeira grande lei na área da contenção dos custos a afectar o sector hospitalar. Os aumentos na despesa dos fundos de doença para tratamentos de internamento foram limitados ao aumento dos rendimentos contributivos entre 1993 e 1995. O princípio de cobertura de todos os custos foi abolido, isto é, permitiu-se que os hospitais realizassem lucros ou sofressem défices e foram calculados orçamentos fixos para cada hospital. As taxas de crescimento dos orçamentos eram para ser baseadas em estimativas publicadas previamente pelo Ministério da Saúde Federal (e ajustadas retrospectivamente para a taxa de crescimento verificada). Além disso, no entanto, a lei permitiu diversas excepções para taxas de crescimento maiores o que conduziu a aumentos da despesa bem superiores ao desejado.

As taxas prospectivas por caso e as taxas por procedimento foram introduzidas a partir de 1996 para um segmento limitado de cuidados de internamento. As taxas por caso pretendem cobrir todos os custos durante a estadia no hospital enquanto as taxas por procedimento são reembolsadas para além das taxas diárias. As taxas por caso são baseadas numa combinação de um determinado diagnóstico e de uma intervenção específica. As taxas por procedimento são baseadas numa intervenção apenas e é de realçar que mais do que uma taxa por procedimento pode ser remunerada por caso.

A proporção de casos reembolsados através das taxas prospectivas por caso na Alemanha é menos que um quarto, com grandes oscilações entre hospitais e entre especialidades. De acordo com Asmuth et al. (1999), 12% dos hospitais não

recebem qualquer pagamento prospectivo enquanto nos restantes hospitais. Enquanto não existem taxas por caso para doentes médicos, pediátricos ou psiquiátricos, mais de 50% dos casos de ginecologia e obstetrícia e cerca de dois terços de casos de oftalmologia são reembolsados deste modo. Em média, o espectro de serviços de um hospital inclui 32 diferentes taxas por caso e 42 taxas por procedimento.

A Segunda Lei de Reestruturação do Seguro de Saúde Compulsório transferiu a responsabilidade de manutenção e extensão dos benefícios a negociações conjuntas entre os fundos de doença e as associações de hospitais a partir de 1999. A partir de 1998, a organização federal dos hospitais fundou um comité coordenador para trabalhar com as associações federais dos fundos de doença e a organização dos seguradores privados de saúde.

As taxas por caso, as taxas por procedimento e as taxas por diária são todas parte do orçamento de cada hospital. Estes orçamentos não são orçamentos no sentido que o hospital conseguirá um montante de financiamento independente da sua actividade verificada. Em vez disso, os orçamentos são objectivos estabelecidos durante as negociações entre os fundos de doença e o hospital. O orçamento alvo estabelece os números de serviços (para as situações a serem reembolsadas por caso, por procedimento bem como por diárias) e os valores por diária.

Se o hospital atingir exactamente 100% dos seus objectivos de actividade, então não será feito nenhum ajuste financeiro uma vez que a soma de todas as taxas por caso e por procedimento mais as diárias é exactamente igual ao orçamento definido. Se a actividade verificada é maior que o previsto, isto é, se o hospital foi reembolsado acima do orçamento alvo, então tem de pagar de volta uma parte do rendimento adicional - 50% das taxas por caso no caso dos transplantes, 75% para outras taxas por caso e por procedimento e entre 85% e 90% por diárias. Por outras palavras, a actividade acima dos objectivos só é reembolsada em 50%, 25% e 10-15% respectivamente. Se a actividade for menor que a estabelecida, isto

é, se o reembolso total do hospital não alcançou o orçamento definido, então recebe 40% da diferença (desde 1 de Janeiro de 2000; era 50% em 1999).

A nova Lei de Reforma do Seguro de Saúde Compulsório de 2000 introduz um novo sistema de pagamento para os hospitais com base em taxas por caso para todos os doentes (com excepção da psiquiatria). Deverá ser introduzida em 2003.

III.3.2.2 Holanda

Na Holanda os doentes não têm que pagar o tratamento hospitalar, sendo este coberto pelo Seguro Geral de Cuidados de Saúde. As tarifas de pagamento aos hospitais têm que ser aprovadas por um comité constituído para o efeito, o qual é integrado por representantes de várias organizações, nomeadamente os hospitais, os fundos de segurança social, os empregadores, as organizações sindicais e entidades nomeadas em representação do Estado.

A modalidade de pagamento utilizada para os hospitais assenta em orçamentos prospectivos, isto é, orçamentos globais provisionais, aprovados superiormente e que cobrem a maior parte dos custos (exceptuam-se os honorários pagos a especialistas). Quanto aos clínicos gerais e aos especialistas o sistema é diferente: os clínicos gerais são pagos através de uma capitação, relativamente aos doentes beneficiários dos fundos sociais de doença, e ao acto, relativamente aos doentes com seguro privado; os especialistas são pagos por tipo de caso ou por acto. Para os meios complementares de diagnóstico e terapêutica o pagamento é feito de acordo com uma tabela preestabelecida.

III.3.2.4 Reino Unido

Os métodos usados para pagar aos hospitais estão actualmente sob reforma no Reino Unido. De acordo com as reformas de 1991, um sistema de contratualização foi introduzido através do qual os fundos eram transferidos dos compradores (isto é, as autoridades de saúde distritais) para os hospitais e outros

prestadores. Os contratos especificam que serviços devem ser prestados e os termos sob os quais devem ser oferecidos. Inicialmente, existiam três tipos de contratos:

- contratos em bloco (block contracts);
- contratos de custo e volume;
- contratos de custo por caso.

Os contratos em bloco especificavam o acesso aos residentes da autoridade de saúde distrital a uma variedade de serviços em troca de um montante de dinheiro estabelecido. A falta de informação para contratos mais detalhados justificava os contratos em bloco e garantia aos hospitais um montante de financiamento em troca de uma combinação de serviços a prestar. Foram vistos em primeiro lugar como um mecanismo para estabelecer um novo sistema de financiamento dos hospitais.

Os contratos de custo e volume especificavam que um prestador ofereceria um determinado número de tratamentos ou casos a um preço combinado. Permitiam especificações de serviços a serem prestados mais precisas que o que aconteciam com os contratos em bloco. Era colocado um maior ênfase nos serviços definidos em termos de produção (isto é, número de pacientes tratados) mais do que em termos de inputs (isto é, o equipamento oferecido). Se o número de casos excedia a combinação de custo e volume, os casos suplementares eram muitas vezes pagos numa base de custo por caso.

Os contratos de custo por caso eram definidos ao nível do doente individual. Assim, a actividade e a despesa estavam ligadas explicitamente. Uma vez que envolviam um nível considerável de custos de transacção, as autoridades de saúde tenderam a usar este tipo de contratos como uma categoria residual de modo a financiar tratamentos que ficassem de fora dos contratos em bloco ou de custo e volume.

As expectativas iniciais com este sistema de contratualização eram que, à medida que se fosse tornando mais refinado, existiria uma deslocação dos contratos em bloco para contratos de custo e volume e/ou contratos de custo por caso. Na prática, no entanto, uma nova forma de contratos foi surgindo, o que tem sido descrito como um contrato em bloco sofisticado. Estes envolvem tipicamente um comprador que paga ao hospital um montante contratualizado para o acesso a uma diversidade de serviços ou equipamentos. No entanto, objectivos de actividade em termos de pacientes ou objectivos em termos de intervalos estabelecidos são também incluídos no contrato com os mecanismos combinados para acções futuras no caso da actividade cair fora do intervalo contratualizado. As acções futuras podem incluir trabalho adicional para a validação dos dados ou uma negociação adicional.

Segundo um trabalho das autoridades de saúde distritais para o ano 1994/1995, 69% dos contratos com os hospitais tinham a forma de contratos em bloco sofisticados, 25% eram de custo e volume e 5% eram contratos de custo por caso.

Os montantes de financiamento combinados nestes contratos foram calculados com base numa variedade de abordagens. A evidência histórica sobre as somas de dinheiro necessárias para financiar um determinado nível de actividade foi responsável por grande parte da especificação dos primeiros contratos em bloco. Ao longo do tempo, foi realizado um esforço considerável para refinar as práticas de custo dos hospitais de modo a que os preços dos contratos possam reflectir de forma mais precisa os custos de determinados episódios de tratamento. Como parte deste esforço, foi-se desenvolvendo o equivalente aos GDH americanos. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um sistema baseado no mercado significava que a capacidade de negociação dos compradores e dos prestadores também desempenhava um papel na determinação dos montantes de dinheiro recebidos pelos hospitais.

Em termos de categorias analíticas usadas para classificar os sistemas de pagamento aos hospitais nos estudos internacionais, o sistema de contratualização do Serviço Nacional de Saúde Britânico pode ser descrito como um misto que envolve orçamentos globais com elementos de pagamentos de custo por caso. Em algumas combinações mais sofisticadas também existiram pagamentos relacionados com a demora média.

O sistema de contratualização introduzido em 1991 fez parte de uma reforma maior que partiu de um sistema baseado em hierarquias e quis passar para um sistema baseado em relações contratuais.

É de sublinhar ainda que desde as reformas de 1991, os hospitais foram-se tornando "NHS trusts", isto é, organizações sem fins lucrativos dentro do NHS mas fora do controlo da autoridade de saúde regional.

A Tabela 10 descreve o calendário da implementação da reforma de cuidados hospitalares em Inglaterra, durante a década de 90. Desde 1998, todos os hospitais de agudos, os prestadores de serviços de saúde à comunidade e os serviços de ambulância adquiriram o estatuto de "trust".

Tabela 10. Exemplo de estratégia de mudança:
a implementação dos "trusts" hospitalares no NHS

	Trusts
1991	57
1992	99
1993	136
1994	140
1995	21

Fonte: Ham (1999) [Os valores dizem respeito ao número de entradas por ano em Inglaterra]

É suposto que cada "trust" gere rendimento através de contratos de serviços com compradores e alcance os objectivos financeiros desenhados centralmente como conseguir uma taxa de 6% de retorno sobre os seus activos de capital.

Em diversos hospitais, este novo regime financeiro conduziu a novos sistemas de gestão combinando a gestão clínica e a gestão financeira. Em resultado, a actividade clínica dentro de um hospital é agora tipicamente organizada em "direcções clínicas". Cada direcção clínica é liderada por um director clínico e é assistida por um enfermeiro e por um gestor. O director médico do hospital normalmente procede à gestão de todas as direcções clínicas.

4. Análise de eficiência

A análise de eficiência, com o objectivo de estabelecer um padrão de referência, a nível nacional e num contexto internacional, defronta vários problemas. As dificuldades existentes podem ser agrupadas em duas grandes categorias: metodológicas e de informação. Para os propósitos do presente estudo, a primeira categoria é comum à definição de um padrão seja nacional ou internacional de eficiência, enquanto a segunda se aplica sobretudo às comparações internacionais.

A análise de eficiência em termos de comparações internacionais enfrenta dificuldades de obtenção de informação e dificuldades de harmonização de conceitos que não foi possível ultrapassar, nem se afigura que tal possa ocorrer sem um esforço concertado das várias entidades responsáveis por produção de informação sobre o sector hospitalar em cada país. Excepto em alguns indicadores simples, não é possível realizar, no actual estado da arte, comparações com significado. Cada país recolhe e disponibiliza informação de acordo com os indicadores que definiu. Não sendo esses indicadores semelhantes, a informação que se encontra disponível não é comparável entre países. Nalgumas situações, mesmo quando se observa um esforço de compatibilização de dados, é patente que o problema de falta de uniformização dos conceitos estatísticos e seu modo de recolha.

Para exemplificar, considere-se o que se passa no Reino Unido, mais propriamente em Inglaterra. O Serviço Nacional de Saúde inglês é particularmente interessante dadas as suas semelhanças de organização e filosofia com o sistema português, tendo por outro lado diferenças de organização que tornam atractiva a comparação também de um ponto de vista de evolução do sistema de saúde português.

Exemplos de indicadores usados pelo *Department of Health* do Governo Britânico são, sem preocupação de exaustividade:

- percentagem de doentes que regressa a casa num prazo de 56 dias após admissão urgente por ataque cardíaco;
- percentagem de doentes que regressa a casa num prazo de 28 dias após admissão urgente por fractura de anca;
- readmissão pela urgência no prazo de 28 dias depois de alta, em percentagem do total de altas;
- taxa de mortalidade num prazo de 30 dias depois de intervenção cirúrgica no programa;
- taxa de mortalidade num prazo de 30 dias depois de *bypass* coronário;
- demora relativa – rácio da demora observada (em dias de internamento) face à esperada, ajustada para o *case-mix*;
- custos de referência – índice de custos, comparando o custo de actividade do hospital (mais propriamente, do *trust*) com o custo da mesma actividade, avaliada a preços médios nacionais;
- percentagem de primeiras consultas externas às quais o doente faltou
- percentagem de doentes que foram vistos num prazo de 13 semanas depois de referenciados por um clínico geral;
- etc...

Como estes indicadores não são recolhidos de forma rotineira em Portugal (ou noutros países, como Espanha), a realização de comparações internacionais fica bastante limitada.

Contudo, a avaliação de eficiência no sector hospitalar tem recebido bastante atenção um pouco por toda a Europa. Na verdade, as análises de eficiência hospitalar mais recentes têm recorrido a técnicas estatísticas sofisticadas, como a estimação de fronteira estocástica e a análise de envolvente de dados (“data envelopment analysis”). Exemplos de aplicação dessas técnicas de análise em vários países são Li e Rosenman (2001) [Estados Unidos - Estado de

Washington], Gruca e Nath (2001) [Canada - Ontario], Prior e Solá (2001) e Prior (1996) [Espanha], Sommersguter-Reichmann (2000) [Áustria], Linna e Hakkinen (1998) e Linna (1998) [Finlândia], Parkin e Hollingsworth (1997) [Escócia], Jacobs (2001) [Inglaterra], Zeie (2000) [África do Sul], Ensoy et al. (1997) [Turquia], Barbetta, Turati e Zago (2001) [Itália], McKillop et al (1999) [Irlanda do Norte], Soderlund et al (1997) [Reino Unido], Biorn et al (2002) [Noruega], entre outros.⁵ Como se descreverá adiante, estas análises de eficiência baseiam-se na explicitação do carácter multidimensional da actividade hospitalar, quer em termos do que se possa designar como a sua produção quer em termos dos recursos usados. A diversidade das definições possíveis, frequentemente condicionadas pela disponibilidade concreta de dados em cada país, aliada às variações de metodologia tornam impossível, neste momento, qualquer comparação internacional destes estudos.⁶

Para Portugal, existem também diferentes estudos. Francisco Franco (2001) realizou uma análise de eficiência baseada nos custos e para o período 1994 – 1998.⁷ Outros estudos são devidos a Carreira (1999), Lima (2000a, 2000b) e Paiva (1993). Todos eles utilizam métodos paramétricos de análise, para além de diferenças nos factores produtivos considerados e nas definições de produção.

O objectivo primeiro da análise de eficiência, no presente contexto, é o de obter um padrão de referência da melhor prática, quer nacional quer internacional, contra a qual o desempenho dos três hospitais em escrutínio seja confrontado.

Devido a vários problemas de recolha de informação, bem como dificuldades na harmonização de conceitos estatísticos entre países, é extremamente difícil proceder a esse exercício de uma forma que tenha significado – mesmo que seja

⁵ Como referências da análise de eficiência aplicada ao sector hospitalar, vejam-se Chilingirian e Sherman (1990), Grosskopf e Valdmanis (1987, 1993), Zuckerman, Hadley e Iezzoni (1994), Chirikos e Lear (2000), Hollingsworth, Dawson e Maniadakis (1999), e Valdmanis (1992), entre outros.

⁶ É aliás sintomático dessa falta de comparabilidade internacional o facto de não existirem, actualmente, estudos de comparação internacional de eficiência hospitalar (envolvendo ou não Portugal).

⁷ Tecnicamente, procedeu à estimação de uma função custos em forma de fronteira estocástica.

possível encontrar alguma informação, normalmente a sua comparação entre países não permite traçar o que se poderia denominar de melhor prática, contra a qual o desempenho dos hospitais portugueses possa ser confrontado.

A título de exemplo, refira-se que mesmo uma simples análise de indicadores encontra esses problemas. Tipicamente, os resultados encontrados referem-se a valores médios dos países. Contudo, valores médios não traduzem a melhor prática, uma vez que no seu cálculo estão incluídas quer as unidades eficientes quer as ineficientes. Seria mais apropriado a utilização da média dos valores dos hospitais do primeiro decil nesse indicador, por exemplo. Para o cálculo desse ponto de referência torna-se necessário o acesso a dados individuais de cada hospital, normalmente não disponíveis publicamente.

Uma segunda abordagem consiste na identificação de hospitais tidos como sendo eficientes e com um elevado desempenho. Contudo, raramente há concordância quanto aos hospitais que devem ser seleccionados como exemplos de melhor prática em cada país, para além das dificuldades de acesso a informação individual do hospital (já anteriormente mencionadas).

Finalmente, a própria comparação internacional tem de acomodar toda uma realidade diferente, que pode justificar facilmente rácios diferentes. Tome-se o seguinte exemplo muito simples: comparar o rácio médicos/enfermeiros entre dois hospitais de países diferentes. Se as tecnologias disponíveis nos dois países forem sensivelmente idênticas, devemos concluir pela observação de rácios diferentes serem reflexo de um dos hospitais ser ineficiente? A resposta é que não necessário que assim seja. Se o salário dos médicos face ao dos enfermeiros for diferente num e noutro país, no país onde os médicos são relativamente mais onerosos a situação eficiente, do ponto de vista da utilização dos recursos disponíveis, poderá exigir um rácio médicos/enfermeiros menor. Ou seja, para os ambos os hospitais se encontrarem numa situação de afectação eficiente de recursos, o indicador sugerido deverá apresentar valores diferentes.

Este mesmo argumento é aplicável, em maior ou menor grau, à bateria de indicadores recolhidos para cada um dos hospitais. As comparações realizadas entre hospitais do mesmo país são, neste capítulo, menos problemáticas que as comparações internacionais.

Não se encontram estudos transnacionais devido, em grande medida, às diferentes formas de produção estatística de cada país. Também para Portugal existem alguns estudos de eficiência hospitalar. Contudo, no âmbito da corrente discussão é relevante não só a posição de eficiência de cada hospital mas também os efeitos do sistema de financiamento.

A produção de um índice global de eficiência de uma instituição hospitalar apresenta vários problemas, como a definição do que constitui a produção hospitalar, e quais os factores produtivos utilizados. Adicionalmente, a natureza multidimensional dessa produção leva a que apenas em casos especiais se possa dizer que um hospital é melhor em todas as dimensões consideradas.

Apesar das limitações existentes, é de utilidade o cálculo de um índice de referência agregado e que seja de fácil compreensão, bem como a identificação das áreas onde se detecte menor eficiência.

A forma mais simples de um indicador de eficiência é:

$$\text{Indicador de eficiência} = \frac{\text{Medida de "produção"}}{\text{Medida de recursos usados}}$$

Por exemplo, doentes saídos por médico é uma medida deste tipo. Quanto maior for este rácio, maior produção é obtida para um determinado volume de factor produtivo. Só que um hospital tem várias produções e utiliza muitos recursos diferentes. O rácio doentes saídos por médico ignora toda a actividade de consulta externa e atendimento em urgência. Tal como não considera que para “produzir” esses doentes saídos também houve a contribuição dos enfermeiros,

de outros profissionais da saúde, de equipamentos e de consumos vários. Simplesmente somar essas produções e os factores produtivos utilizados pode não fazer muito sentido, até porque estão medidos em unidades diferentes. Por exemplo, somar consultas externas com episódios de internamento é dificilmente aceitável, tal como somar seringas usadas com horas médico. A solução natural é então criar somas ponderadas, mas surge o problema de definir os ponderadores. A definição desses ponderadores é precisamente o objectivo da análise envolvente de dados, que além do mais pode ser construído por forma a estar entre zero (completamente ineficiente) e um (totalmente eficiente). A análise envolvente de dados também permite identificar objectivos em termos de recursos utilizados ou produção para se alcançar a eficiência.

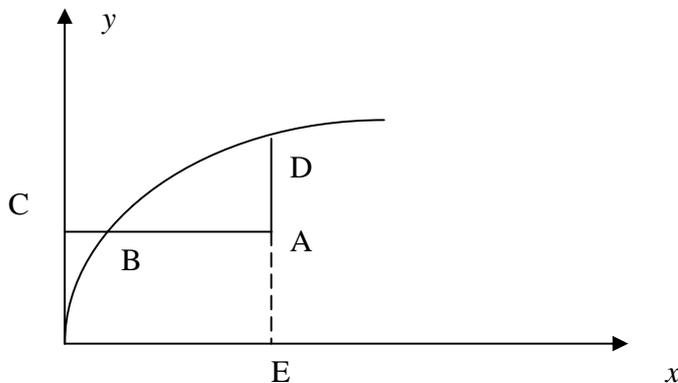
Em termos de análise do grau de eficiência, pode-se adoptar uma perspectiva baseada nos recursos utilizados ou baseada nos resultados obtidos.

No primeiro caso, coloca-se a seguinte questão: “Quanto se pode poupar, em recursos usados, reduzindo todos numa mesma proporção, por se alcançarem os mesmos resultados de uma forma eficiente?”.

Alternativamente, olhando em termos de resultados, pode-se pensar em: “Quanto é possível aumentar os resultados obtidos, mantendo constantes os recursos usados, se se passar a ser eficiente?”.

As diferenças entre as duas abordagens é facilmente ilustrada com recursos a um exemplo com um resultado (y) e um recursos (x). Seja $y=f(x)$ a relação de eficiência que dá para cada quantidade x de recursos usados, o maior resultado y que é alcançável. A figura seguinte ilustra.

Figura 4: Análise de eficiência



Sendo o ponto A o correspondente à situação real de um hospital, a primeira abordagem equivale a dizer que alcançar o resultado C basta usar recursos num montante B. A ineficiência é então o segmento [AB]. Na segunda abordagem, mantendo os recursos usados ao nível E é possível aumentar os resultados de C para D.

A análise de envolvente de dados é uma técnica de programação linear, não paramétrica, que procura, precisamente, medir estes conceitos de eficiência em situações em que existem vários resultados e múltiplos recursos usados.

A análise de eficiência terá como produções do hospital as três grandes áreas de actividade do hospital: internamento, consultas externas e urgências. Para contemplar as diferenças de casuística de hospital para hospital, toma-se como medida de produção de internamento o número de doentes saídos multiplicado pelo índice de *case-mix*. Em relação às consultas externas e urgências, utiliza-se como medida de produção o número total de episódios de cada uma das actividades.

Os resultados baseados no ano de 2000, valores provisórios, cedidos pelo IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. A utilização de valores

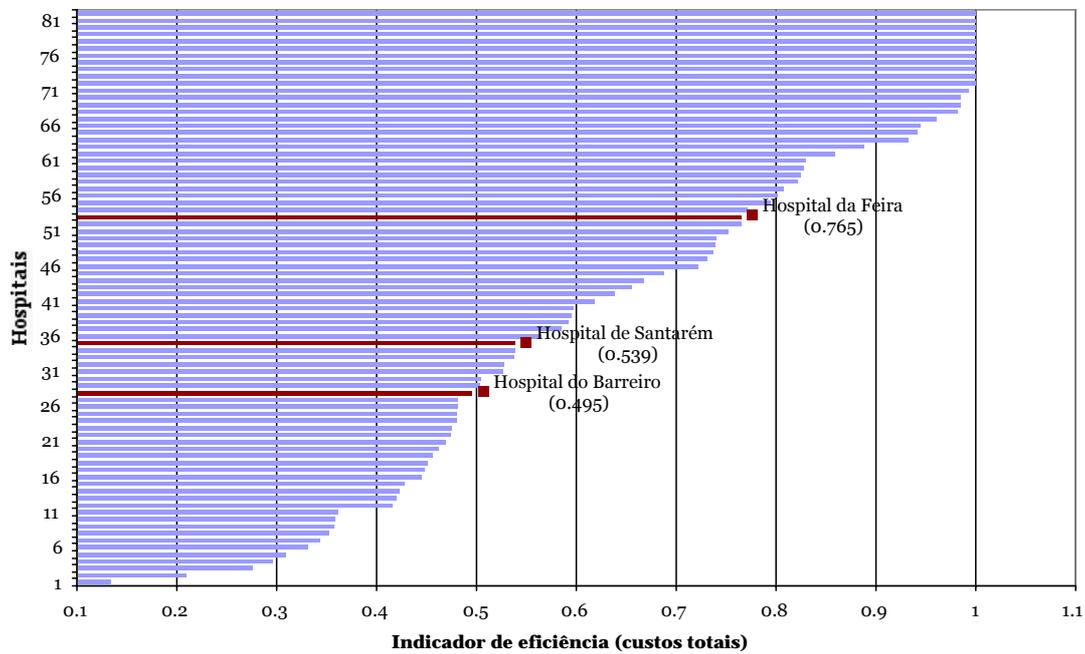
referentes ao ano de 2000 é preferível ao ano de 1999, uma vez que o hospital de S. Sebastião iniciou a sua actividade em 4 de Janeiro de 1999, e por esse motivo o seu primeiro ano de actividade poderá não ser representativo. Na aplicação à realidade hospitalar portuguesa foram usados 82 hospitais (todos para os quais há publicamente informação disponível).

O primeiro passo consiste em avaliar se as diferenças de custos entre hospitais podem ser justificadas pelas diferenças nos níveis de produção observados. Considera-se para este efeito um único factor produtivo genérico: custos totais. Esta opção não permite detalhar eventuais fontes de ineficiência. Em contrapartida, fornece desde já uma ideia global sobre o nível de eficiência e o grau de eventuais poupanças de custos associadas com a obtenção de uma maior eficiência.

A figura seguinte apresenta os índices de eficiência global calculados nesta versão da análise. O nível de eficiência médio é de 66% e o valor mediano é de 61.8% (metade das unidades têm um nível de eficiência inferior a este valor). A informação sobre o valor mediano é útil pois esta é uma medida pouco sensível a valores anómalos sejam positivos ou negativos, contrariamente ao que sucede com a média.⁸

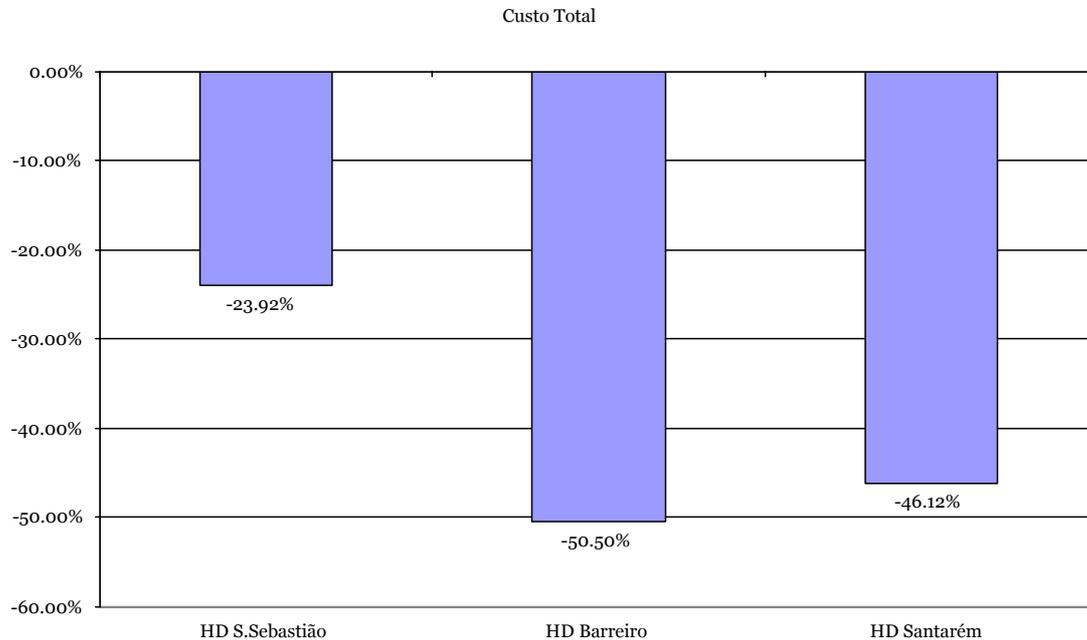
⁸ Para se encontrar o valor mediano, ordenam-se as observações por ordem crescente ou decrescente, o valor correspondente a 50% da amostra é então o valor mediano. Por exemplo, com 15 observações, o valor mediano corresponderia à localização 8 depois de ordenada a amostra pela variável de interesse.

Figura 5: Índices de eficiência – base: custo total como factor produtivo



Relativamente aos hospitais, em termos de índice de eficiência, o Hospital da Feira apresenta um valor de 0.765, o mais elevado do grupo de três hospitais, enquanto o Hospital do Barreiro apresenta um valor de 0.495 e o Hospital de Santarém um valor de 0.539.

Figura 6: Eficiência custo



A análise detalhada da situação de cada hospital revela que para se alcançar uma situação eficiente deveria ocorrer uma substancial redução de custos. A redução estimada de custos é cerca de 46% para o Hospital de Santarém e de 50% para o Hospital do Barreiro. Como o Hospital da Feira surge melhor colocado em termos de eficiência, a redução estimada de custos é da ordem dos 24%. Naturalmente, esta visão global não detalha fontes de ineficiência, pelo que de seguida se procede a uma análise de eficiência com maior detalhe. Note-se também que as reduções de custos foram calculadas tendo em conta a melhor prática de outros hospitais portugueses, sendo obviamente condicional à qualidade da informação reportada, em termos de custos totais dos hospitais e da actividade desenvolvida.

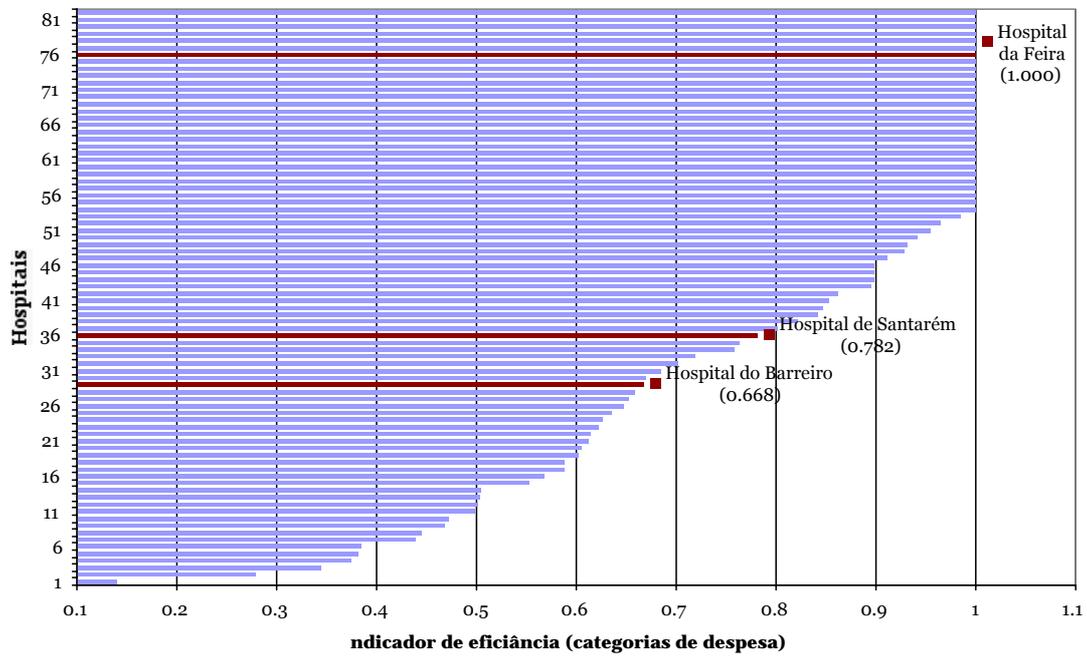
Os custos totais de um hospital englobam diferentes categorias de despesa. Para um mesmo nível de actividade, hospitais distintos podem ter decisões de gestão diferentes. Por esse motivo, é também interessante averiguar se a ineficiência em termos de custo global de um hospital se encontra associada, em maior ou menor

grau, a uma determinada categoria de despesa. Foi, por isso, concretizada uma análise considerando as três medidas de produção já descritas e três categorias de despesa como factores produtivos: despesas com pessoal, consumos e fornecimentos externos, e outras despesas.

A desagregação dos custos totais em três categorias de despesa introduz também maior flexibilidade, reduzindo conseqüentemente o grau de ineficiência atribuído ao sector.

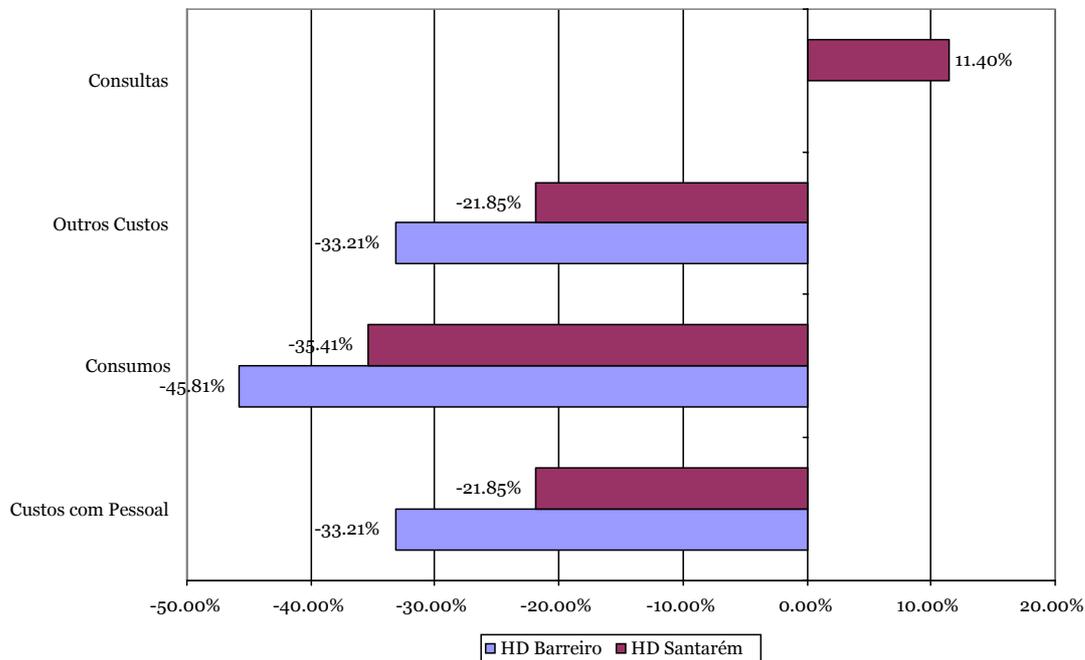
De forma similar aos valores anteriores, também neste caso o Hospital da Feira aparece como mais eficiente que os outros dois hospitais. Em particular, surge dentro do conjunto das unidades eficientes, enquanto os hospitais de Santarém e do Barreiro surgem como relativamente ineficientes. Os índices de eficiência são, respectivamente, 78.2% e 66.8%. O valor médio para o índice de eficiência é de 78.4% (o valor mediano é 85.2%). Estes dois últimos hospitais estão, pois, dentro do conjunto das instituições hospitalares menos eficientes.

Figura 7: Eficiência segundo categorias de despesa



Olhando para as três categorias de despesa, e para o que seria o movimento hipotético no sentido de alcançar uma situação de eficiência, confirmam-se os resultados anteriores.

Figura 8: Ganhos de eficiência, por tipo



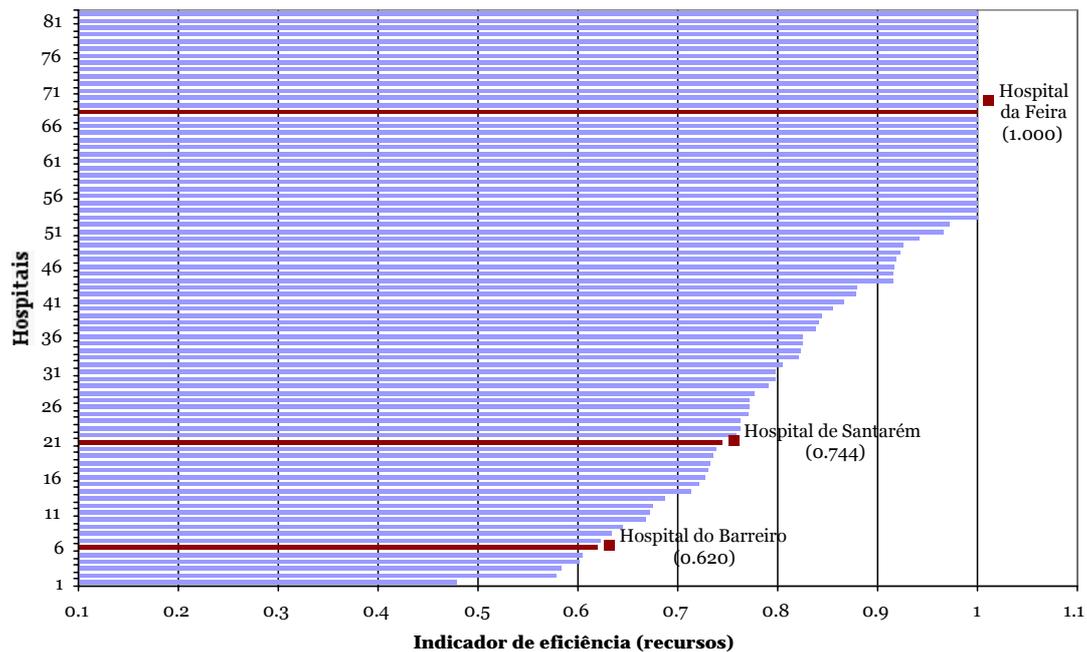
A aproximação a sua situação de eficiência é melhor conseguida, no caso do Hospital de Santarém, alterando também o seu nível de produção de consultas. Assim, na situação eficiente mais próxima dos actuais níveis de actividade dos hospitais do Barreiro e de Santarém, verifica-se que ambos deveriam reduzir os seus custos de forma significativa em qualquer das categorias. Contudo, a redução deveria ser mais acentuada no caso de consumos, do que nas restantes categorias de custos. No caso do hospital de Santarém, para além da redução de custos assinaladas, é desejável um aumento de cerca de 11% no número de consultas realizadas.

Embora interessantes, estes dois exercícios não distinguem entre efeitos de quantidade de factores produtivos e efeitos de preço desses factores produtivos. Complementando as análises prévias, consideram-se agora, para além dos mesmos indicadores de produção, factores produtivos em termos físicos, como o número de médicos, número de enfermeiros, número de paramédicos, outro pessoal ao serviço do hospital e lotação de camas. Mantém-se como factor

produtivo uma medida de despesa – a despesa em consumos e fornecimentos externos.

Os indicadores de eficiência resultantes encontram-se na figura seguinte.

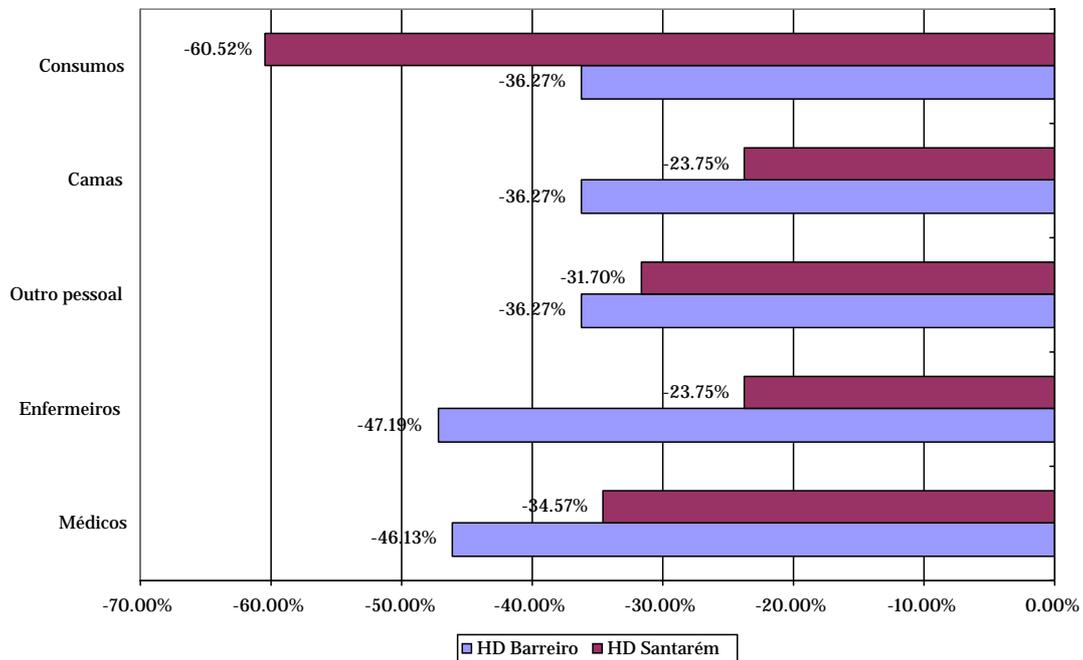
Figura 9: Eficiência por indicadores físicos



Uma vez mais, confirma-se a ordenação de eficiência dos três hospitais, com a inclusão do Hospital de S. Sebastião no grupo das unidades eficientes. O Hospital de Santarém apresenta um índice de eficiência na ordem dos 74.4% e o Hospital do Barreiro um valor de 62.2%. Estes valores encontram-se abaixo quer do valor médio para o índice de eficiência, 85.6%, quer do valor mediano, 86.6%. Estes dois últimos hospitais são, também em termos de recursos produtivos usados, dos menos eficientes do sistema hospitalar português.

Figura 10: Ganhos de eficiência, por indicador físico

Figura 10: Ganhos de eficiência, por indicador físico



A análise detalhada dos recursos usados indica, uma vez mais, uma sobreutilização de consumos, bastante mais pronunciada no caso do Hospital do Barreiro do que no Hospital de Santarém. Como ambos os hospitais não se encontram na fronteira de eficiência, é natural que, para os níveis de actividade apresentados, haja recursos usados para além dos que seriam necessários a uma unidade eficiente. O padrão de ineficiência é mais pronunciado no Hospital do Barreiro, concentrando-se sobretudo na utilização de enfermeiros e paramédicos. Isto é, para o mesmo volume de actividade, e por comparação com a melhor prática definida pelos outros hospitais portugueses, qualquer destes hospitais deveria ter um menor número de elementos ao serviço, sendo que a redução seria mais acentuada nos enfermeiros e médicos. O Hospital de Santarém, por seu lado, tem uma incidência maior da ineficiência nos consumos.

O resultado de excesso de consumo de recursos humanos, encontrado em ambos os hospitais e a ser eventualmente detalhado com outros indicadores, não é contraditório com a apregoada falta de enfermeiros em Portugal, por exemplo.

Bastará que a organização hospitalar seja ineficiente, e que essa ineficiência se traduza em utilização de mais recursos que os estritamente necessários, para que cada instituição sinta que precisa de mais recursos, e no entanto se fosse eficiente poderia inclusivamente dispensar alguns dos recursos actuais (ou com os mesmos recursos assegurar prestações de cuidados adicionais).

As várias componentes analisadas traduzem diferentes perspectivas de eficiência comparada das três unidades hospitalares sob escrutínio. Como suporte da utilidade dos vários exercícios, note-se que a correlação entre os indicadores de eficiência nas quatro fases da análise é relativamente elevada mas não suficientemente elevada para se poder afirmar que é redundante. Tal significa que embora indicadores transmitam em certa medida a mesma ordenação relativa das unidades hospitalares, também capturam realidades diferentes.

Tabela 11: Matriz de Correlações

	3 despesas	Custos	Recursos
3 despesas	1.00		
Custos	.837	1.00	
Recursos	0.732	0.832	1.00

Notas: “3 despesas” corresponde aos cálculos considerando as categorias de despesa como factores produtivos; “custos” corresponde a considerar como único factor produtivo os custos totais; “recursos” corresponde ao modelo em que foram considerados recursos físicos como factores produtivos.

As figuras seguintes apresentam graficamente a associação entre indicadores. Se cada par de indicadores de eficiência desse exactamente a mesma informação, então o gráfico deveria ser uma linha exacta. Ora, em nengum dos casos tal sucede, embora os desvios à linha recta também não sejam muito grandes.

Figura 11a: Associação entre indicadores

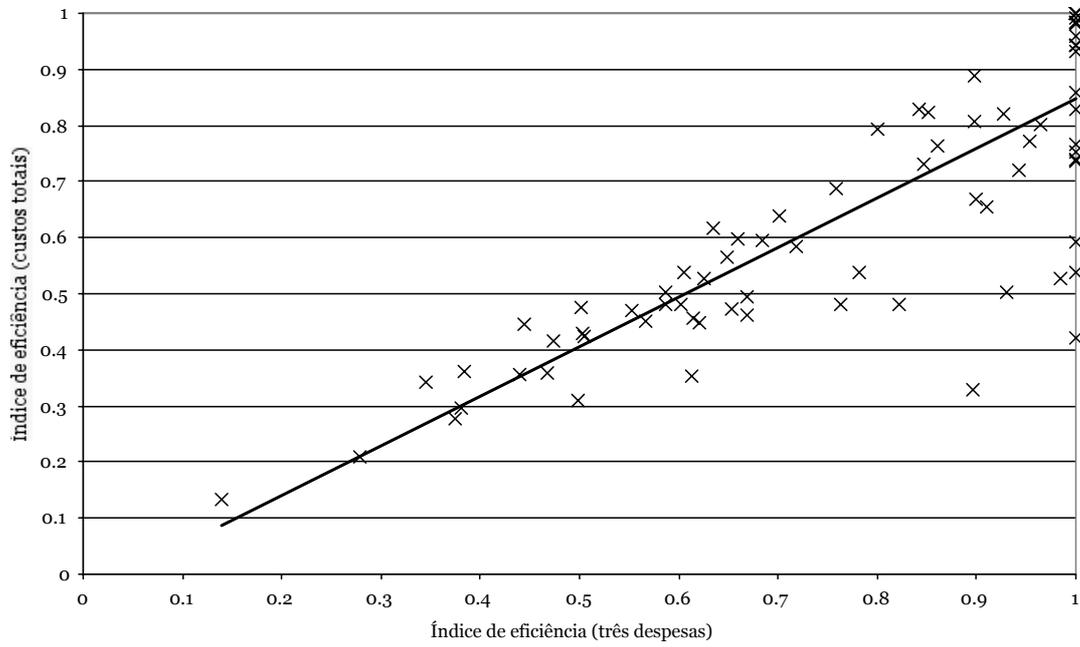


Figura 11b: Associação entre indicadores

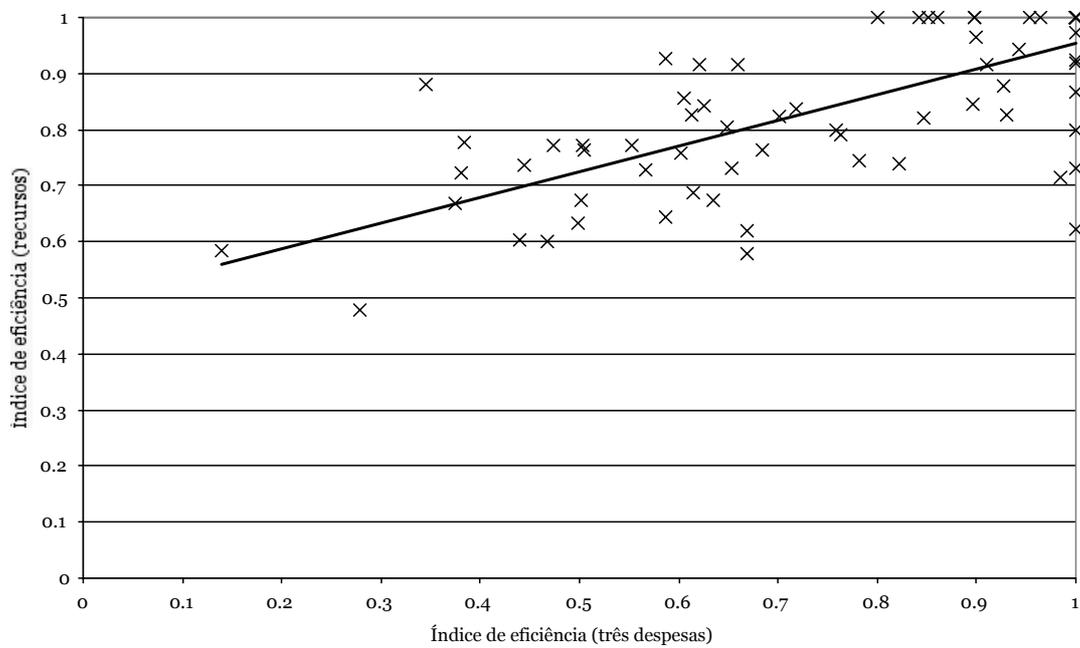
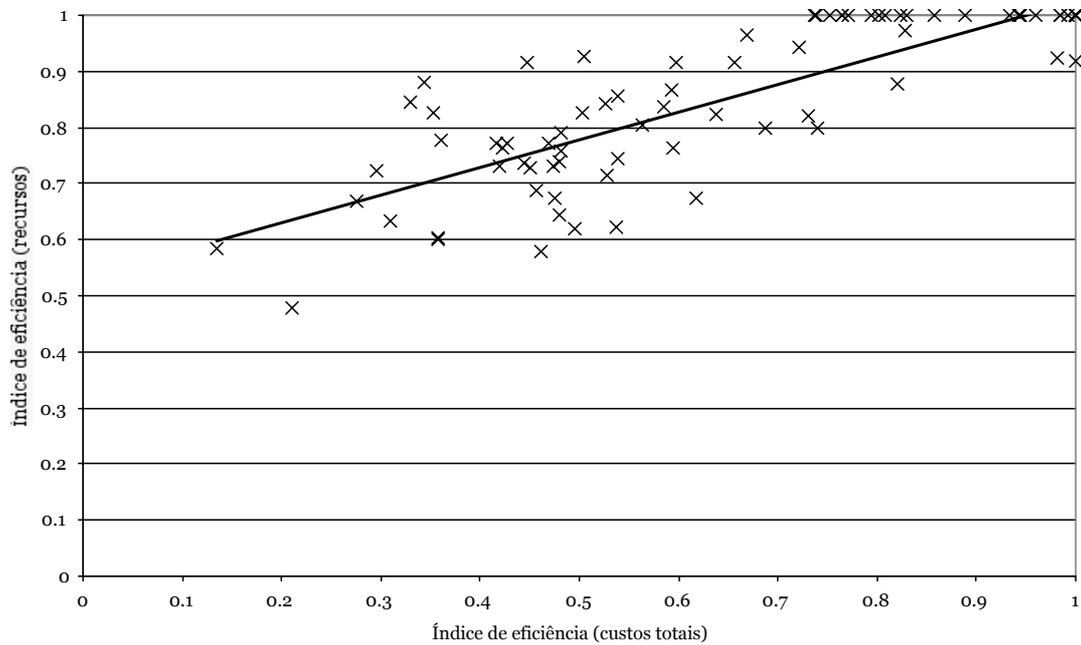


Figura 11c: Associação entre indicadores

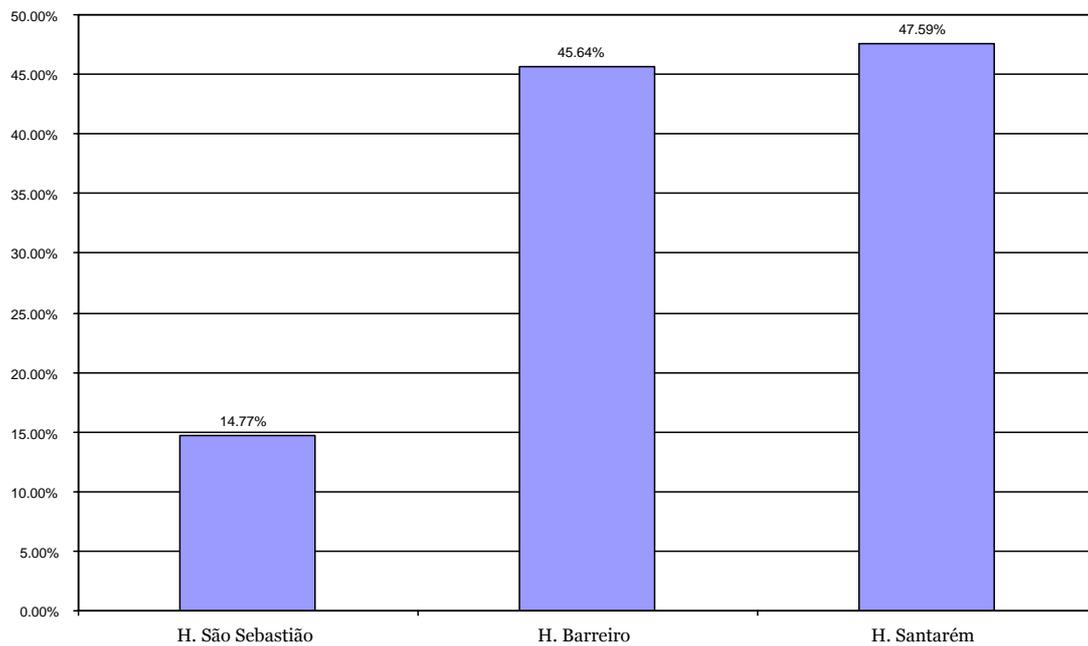


Como foi referido previamente, a metodologia de quantificação da eficiência permite também colocar outra questão, que reputamos de interesse: mantendo, tanto quanto possível, os recursos usados quanto é adequado aumentar a produção. Nalguns casos, a alteração do rácio relativo médicos/enfermeiros, por exemplo, significa que para um mesmo aumento relativo das várias produções é natural que também seja requerido um certo ajustamento nos factores produtivos.

Em termos do exercício de quanto se deveria aumentar a produção, para alcançar uma situação eficiente, no caso dos cálculos tomando como único factor produtivo os custos do hospital, o H. S. Sebastião apresenta uma maior medida de eficiência que o H. do Barreiro e o H. de Santarém, respectivamente. Contudo, nos restantes casos, o H. de Santarém é mais eficiente que o H. do Barreiro, mas ambos são menos eficientes que o H. S. Sebastião, que surge dentro das instituições (relativamente) eficientes do sistema hospitalar português.

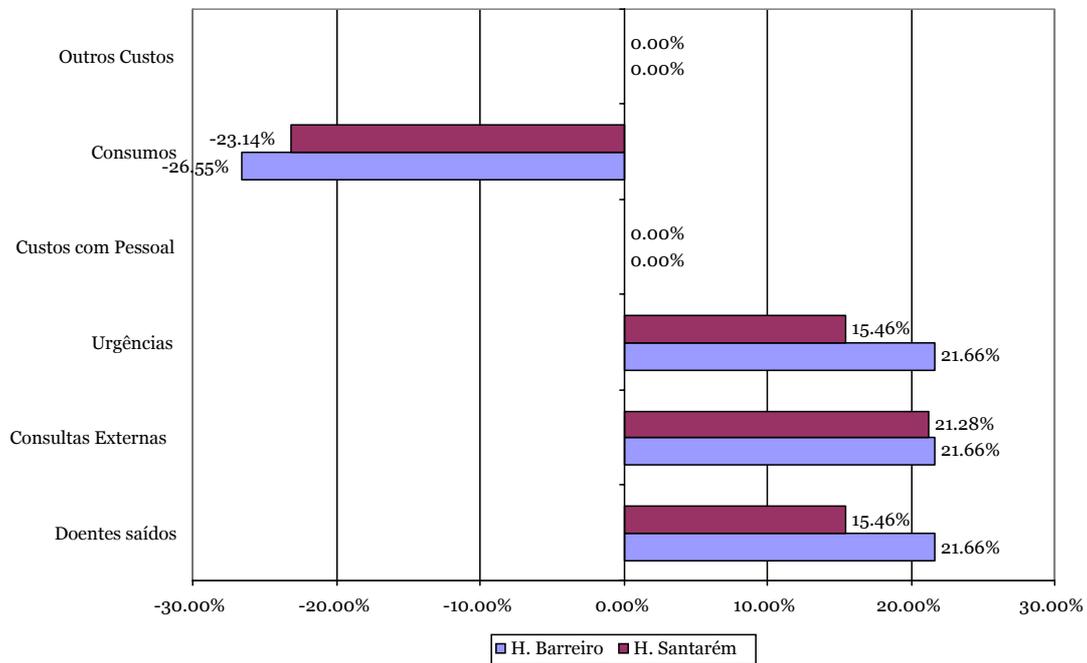
Em termos mais concretos, a análise do desempenho das equipas de cada hospital mostra que, para os mesmos custos, todas as actividades dos hospitais deveriam aumentar, sendo a dos hospitais do Barreiro e Santarém bastante significativa (cerca de 45%), enquanto a do H. de S. Sebastião se queda pelos 15%.

Figura 12: Ganhos de eficiência



Detalhando um pouco mais, e considerando três blocos de despesa, conclui-se que o hospital do Barreiro para alcançar uma situação de eficiência precisa não só de aumentar as produções realizadas (cerca de 20%), mas também de reduzir os factores produtivos, nomeadamente os consumos. Em termos de padrão, enquanto os aumentos de produção são os mesmos para qualquer rubrica no caso do Hospital de Barreiro. No que toca ao Hospital de Santarém, há a registar uma redução no número de enfermeiros, essencial para posteriormente gerir os recursos disponíveis.

Figura 13: Ganhos de eficiência, por produção



Por fim, contempla-se a eficiência como sendo determinada por vários recursos físicos. Tal como em resultados prévios, o aumento da produção no H. do Barreiro rondará os 20%; a exigida ao H. de Santarém é um pouco menor e menos equilibrada, com especial incidência na fraca produção de concorrência externa. Simultaneamente surge o interesse em diminuir os consumos.

Como elemento final, procura-se perceber se existe alguma relação entre o índice de ineficiência (definido como um menos o índice de eficiência) e características do hospital. Em particular, a sua dimensão, medida pela lotação em camas, proporção de médicos face a enfermeiros, e de cada uma destas classes profissionais da saúde face ao número total de trabalhadores no hospital, taxa de ocupação e a demora média em internamento (estes dois últimos são indicadores habituais de produtividade e eficiência).

A relação entre os índices de ineficiência e estas outras variáveis não pode ser avaliada através de correlações simples, uma vez que, por definição, o índice de

eficiência se situa no intervalo $[0,1]$. Esta característica tem que ser tomada em consideração. De outro modo, a análise sofrerá um enviesamento potencialmente significativo.

A tabela seguinte reporta a relação entre as variáveis de caracterização do hospital e diversos índices de ineficiência (orientados para a poupança de recursos).⁹ Encontram-se sumariados os resultados de duas abordagens. A primeira consiste em avaliar se cada factor individualmente apresenta alguma associação com o índice de ineficiência observado. A segunda abordagem consiste em considerar simultaneamente todos os factores que quando incluídos isoladamente se apresentam como significativos. Sempre que um factor sobreviver a estas duas abordagens, é referenciado como “i.s.”. Se um factor nunca é significativo, é indicado “n.s.”. Por fim, as indicações “n.s./i.s.” traduzem os casos em que individualmente o factor é estatisticamente significativo, mas quando introduzidos outros factores deixa de ser significativo.

A primeira conclusão é a de os indicadores habituais “Demora média” e “Taxa de ocupação” não serem boas aproximações aos índices de eficiência calculados, já que não maior parte dos casos a relação entre o índice de ineficiência e o indicador não ser estatisticamente diferente de zero (portanto, não significativa). É também de realçar que a dimensão, medida pelo número de camas, não é factor determinante do grau de ineficiência do hospital. Apenas a intensidade de consultas, medida pelo rácio consultas/doentes saídos, tem um efeito significativo: uma maior eficiência, em termos de custos, é maior nos hospitais com uma maior intensidade de consultas.

⁹ A técnica econométrica a ser usada é o modelo Tobit, veja-se Greene (1993).

Tabela 13: Ineficiência – comparação com indicadores tradicionais

	<i>Índice de Ineficiência</i>		
	<i>3 despesas</i>	<i>Custos</i>	<i>Recursos</i>
Demora média	n.s.	n.s./i.s.	n.s.
Taxa de Ocupação	n.s.	n.s.	n.s.
Camas	n.s.	n.s.	n.s.
Médicos/Pessoal total	n.s.	n.s.	n.s.
Enfermeiros/Pessoal total	n.s.	i.s.	n.s./i.s.
Consultas/Doentes saídos	i.s.	n.s./i.s.	i.s.
Médicos/Enfermeiro	n.s.	n.s.	n.s.

Notas: “n.s.” – não significativo; “i.s.” – significativo quanto introduzido como único factor; “4 despesas” corresponde aos cálculos considerando as categorias de despesa como factores produtivos; “custos” corresponde a considerar como único factor produtivo os custos totais; “recursos” corresponde ao modelo em que foram considerados recursos físicos como factores produtivos; “TE” corresponde à componente de eficiência técnica no último modelo; “AE” corresponde à eficiência de afectação nesse mesmo modelo.

Constata-se, pois, que a produção de índices de eficiência se traduz num acréscimo de informação face a indicadores agregados simples, e que estes últimos não são uma boa aproximação a formas mais completas de análise da eficiência hospitalar.

Tendo sido a análise produzida a um nível de agregação elevado, embora semelhante ao usado na generalidade dos estudos sobre eficiência hospitalar, é agora conveniente explorar se a análise de indicadores mais detalhados, ao nível das valências por exemplo, consegue levar a uma identificação mais clara de fontes de ineficiência.

Essa análise mais detalhada deverá incidir com maior acuidade sobre a utilização de enfermeiros e de paramédicos nos hospitais do Barreiro e Santarém, para além dos aspectos de produtividade em geral.

Como ilustração das diferenças da habitual comparação de rácios para com a análise envolvente de dados, apresenta-se no quadro seguinte um conjunto de indicadores standard de produtividade.

Tabela 14: Indicadores sumários – uma ilustração

	Consultas / Médico	Consultas/ Enfermeiro	Urgência / Médico	Urgência/ Enfermeiro	Dias de Internamento/ Médico	Dias de Internamento/ Enfermeiro	Dias de Internamento/ Camas
maximo	1867	468	9921	1304	3608	544	361
mínimo	22	9	17	5	46	25	23
média	473	206	1161	370	656	245	254
H. Feira	452 (21 ^o)	308 (10 ^o)	806 (14 ^o)	549 (4 ^o)	302 (40 ^o)	206 (35 ^o)	216 (50 ^o)
H. Barreiro	325 (53 ^o)	170 (54 ^o)	324 (53 ^o)	169 (57 ^o)	327 (55 ^o)	170 (69 ^o)	239 (62 ^o)
H. Santarém	329 (51 ^o)	185 (49 ^o)	377 (51 ^o)	212 (47 ^o)	381 (46 ^o)	214 (55 ^o)	245 (60 ^o)
Valor face à média							
H. Feira	96%	149%	69%	148%	46%	84%	85%
H. Barreiro	69%	82%	28%	46%	50%	69%	94%
H. Santarém	70%	90%	32%	57%	58%	87%	96%

Desta tabela é fácil constatar que os valores máximos e mínimos envolvem situações anómalas, já que quer o valor máximo é muito elevado quer o valor mínimo, para cada indicador, é demasiado baixo. A comparação com a média revela que nenhum hospital está sistematicamente pior que qualquer dos outros. Isto é, escolhendo o indicador apropriado, um hospital pode sempre apresentar-se como o melhor deste grupo de três hospitais. Mesmo em termos de magnitudes, as implicações são bastante diferentes consoante o indicador que se use. Por exemplo, em termos de urgência por médico, o aumento da actividade, para dado o número de médicos, se atingir um rácio igual ao valor médio, teria que rondar os 50%, enquanto se se olhar para as consultas externas, esse aumento de actividade deverá andar pelos 30%. A análise envolvente de dados faz uma comparação não com a média mas com os hospitais que de certo modo são mais semelhantes aos que se pretende analisar (e esses pontos de comparação são determinados endogenamente), e considerar aumentos de produção de forma proporcional em todas as produções (definidas na tripla classificação standard, Consultas externas, urgências e internamento).

O aumento percentual de actividade para colocar na média os Hospitais do Barreiro e de Santarém é da ordem dos 4% se tomarmos o indicador de Dias de

Internamento por cama, mas da ordem dos 40 – 50% se o indicador for Dias de Internamento por médico. Este último valor é mais elevado que o resultante do confronto com a fronteira de possibilidades dada pela análise envolvente de dados. É, pois, conveniente matizar a análise de rácios e sua comparação com valores médios.

Espera-se, assim, que a inclusão de uma análise envolvente de dados correspondente a um tratamento multidimensional das análises de rácio standard qualifique e enquadre os resultados de análise de rácios individuais.

Os resultados da análise envolvente de dados devem ser encarados como o ponto de partida de avaliação da eficiência de prestação de cuidados hospitalares. A análise detalhada de rácios deverá procurar identificar eventuais fontes de ineficiência dos hospitais, tendo em atenção um enquadramento geral de caracterização da eficiência. Permite também descer a uma detalhe que a análise estatística, por dificuldades de recolha de informação, não permite alcançar.

5. Comparações Internacionais – o caso de Espanha

Embora a realização de comparações seja um exercício delicado, pela pouca homogeneidade dos indicadores entre países, apresenta-se no quadro seguinte o confronto de alguns valores para os três hospitais sob auditoria com os hospitais da rede pública espanhola INSALUD.¹⁰ O sistema INSALUD considera cinco grupos de hospitais. O grupo 1 abarca os pequenos hospitais (menos de 200 camas e 100 médicos). O grupo 2 inclui os hospitais gerais de área, os mais aproximados aos hospitais distritais portugueses, e o ponto de comparação natural para os hospitais incluídos na auditoria. O grupo 3 é constituído pelos hospitais gerais de maior dimensão, e com alguns serviços especializados. O grupo 4 contém os hospitais de elevada tecnologia, equivalentes aos hospitais centrais na terminologia nacional. Finalmente, o grupo 5 cobre os hospitais especializados e com características particulares.¹¹

Toma-se o ponto médio como referencial, em lugar de se usarem pontos extremos da distribuição como aproximação à melhor prática.

Nem todos os indicadores se encontram disponíveis, nomeadamente os referentes à produtividade de recursos humanos.

Em termos de actividade desenvolvida, a primeira constatação é a de um maior volume de urgências em qualquer um dos três hospitais portugueses do que a média nos hospitais do grupo 2, tendo em contrapartida uma menor intensidade de utilização de consultas externas. Há uma menor importância relativa das consultas dos hospitais portugueses face aos hospitais do sistema INSALUD. Esta característica é comum aos três hospitais mas menos acentuada no caso do Hospital de S. Sebastião. A situação diferente do Hospital da Feira no contexto

¹⁰ Estes hospitais não abrangem toda a rede hospitalar espanhola, uma vez que os sistemas de saúde descentralizados para o nível da região não se encontram incluídos

¹¹ Devido às diferentes características deste grupo de hospitais, os dados respectivos não serão aqui analisados.

dos hospitais portugueses é bem visível quer na maior intensidade de consultas por dia quer na própria percentagem de primeiras consultas (que é mesmo a mais elevada dentro do conjunto de informação apresentado).

No que se refere ao internamento, a demora média nos hospitais do Barreiro e de Santarém não é muito distinta da média do grupo 2 dos hospitais INSALUD. Contudo, o valor para o Hospital da Feira é substancialmente inferior, quer aos outros valores dos hospitais portugueses quer à demora média dos hospitais espanhóis.

Em termos de taxa de ocupação, esta é sensivelmente a mesma sobre os hospitais portugueses, mas consistentemente mais elevada em Espanha. Tal parece dever-se sobretudo a uma maior utilização do sistema hospitalar pelos cidadãos espanhóis. Esta inferência assenta na maior taxa de ocupação presente em Espanha e da maior taxa de frequência hospitalar.

Quanto a indicadores de eficiência e produtividade, o Hospital da Feira é o que apresenta melhor valor para o rácio “doentes saídos por cama”, quer dentro dos três hospitais nacionais quer na comparação com o hospital médio do grupo 2 do INSALUD.

De resto, na actividade cirúrgica, o hospital da Feira surge com os melhores indicadores de produtividade, sobrepondo-se claramente aos restantes hospitais (portugueses e grupo 2 espanhol). Já os hospitais do Barreiro e Santarém se apresentam relativamente próximos dos hospitais espanhóis do grupo 2.

Daqui ressalta que em termos de eficiência produtiva, o Hospital da Feira apresenta melhores índices de produtividade que a média dos hospitais espanhóis do sistema público INSALUD de dimensão próxima. Por outro lado, os hospitais do Barreiro e Santarém embora nalgumas dimensões se encontrem mais longe do padrão INSALUD, não se pode afirmar categoricamente que são claramente inferiores em termos de eficiência medida pelos indicadores

apresentados. Tal levanta a possibilidade de a ineficiência dos hospitais portugueses poder não estar apenas na utilização dos recursos mas também no valor desses mesmos recursos.

Para obter uma imagem sumária de cada hospital português face ao valor médio dos hospitais do grupo 2 INSALUD, as figuras seguintes ilustram o melhor desempenho do Hospital da Feira, e alguma equivalência entre países nos indicadores.

Um outro ponto de referência natural para o sistema de saúde nacional é o sistema de saúde inglês. Infelizmente, ao nível do hospital, foi apenas possível obter um número reduzido de indicadores, tendo-se considerado apenas os hospitais não especializados e que se caracterizam por uma dimensão entre as 200 e as 450 camas. A demora média desse conjunto de hospitais ingleses é da mesma ordem de magnitude da dos hospitais portugueses e do INSALUD espanhol. As principais diferenças ocorrem no número de doentes saídos por cama, significativamente mais elevada no Reino Unido, e num menor esforço de atendimento em urgência.

Tabela 15: Comparação de alguns indicadores
2000

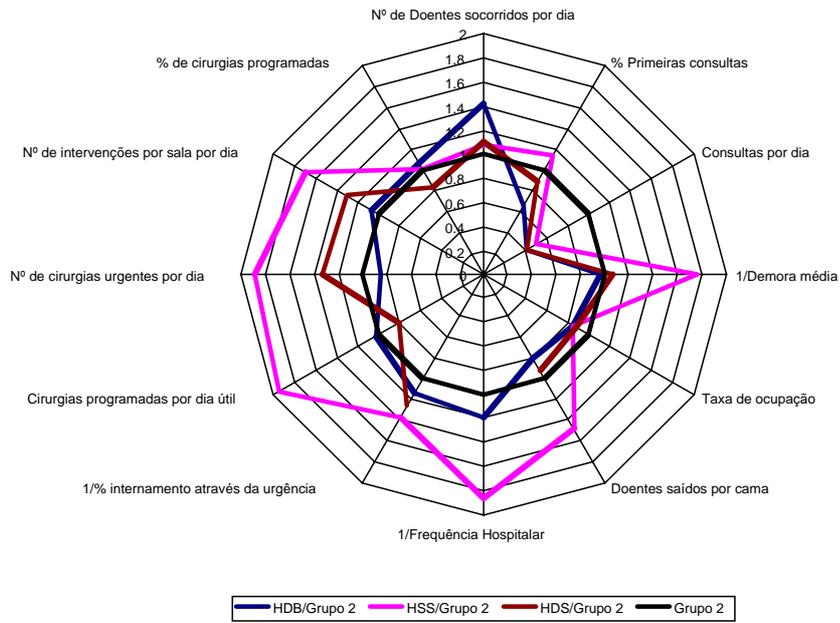
	Portugal			Espanha – sistema INSALUD (valores médios por hospital)				Reino Unido
	HDB	HSS	HDS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	
Urgência								
Nº de Doentes socorridos por dia	241.37	183.96	187.29	74.05	169.99	286.62	428.43	131.21
Consulta Externa								
	HDB	HSS	HDS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	
% Primeiras consultas	22.81	40.00	31.11	34.78	34.96	33.10	30.99	
Consultas por dia	378.94	462.79	383.75	350.78	932.95	1655.69	2941.17	
Internamento								
	HDB	HSS	HDS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	
Demora média	7.49	4.11	6.76	5.90	7.22	8.04	8.79	5.89
Taxa de ocupação	67.8	67.8	70.0	71.0	80.5	81.2	83.6	
Doentes saídos por cama	33.1	60.3	37.8	44.0	40.9	36.9	34.8	82.65
Lotação	396	258	404	124.8	338	672	1004	364
Frequência Hospitalar (doentes saídos/ doentes da área de atracção) x 1000	66.06	42.39	n.d.	79.44	78.72	86.66	87.17	
% internamento através da urgência (doentes admitidos pela urgência/doentes entrados no hospital)	63.80	53.20	58.30	76.85	72.91	71.45	16.09	

Actividade Cirúrgica

	HDB	HSS	HDS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Cirurgias programadas por dia útil	13.87	26.26	10.74	5.22	13.47	27.95	42.14
Nº de cirurgias urgentes por dia	3.41	7.59	5.35	1.82	4.02	7.32	11.554
Nº de intervenções por sala por dia	3.20	5.10	3.91	2.78	3.00	3.26	2.88
% de cirurgias programadas (% cirurgias programadas/nº de cirurgias progr + urgente)	0.73	0.70	0.58	0.66	0.69	0.72	0.20

Nota: Para o Reino Unido, foi considerada uma amostra de 31 hospitais, de dimensão compreendida entre as 200 e as 450 camas.

Figura 14: Análise de eficiência comparada



6. Credibilidade do sistema de pagamento

Tal como descrito previamente, um dos aspectos fundamentais do sistema de financiamento hospitalar em Portugal é a insuficiência, assumida, do orçamento oficialmente atribuído face às despesas esperadas (diferença que vai para além do que seria razoável). É assim relevante avaliar em que medida este efeito mina a credibilidade de um sistema de pagamento que se quer prospectivo por fixação de orçamento global para cada instituição hospitalar.

Da descrição da forma de cálculo do financiamento hospitalar em Portugal, ficou já claro o potencial para a existência de efeitos perversos. Dada a presença de vários ajustamentos para além da fórmula base, alguns deles *ad-hoc*, é interessante avaliar, comparando os subsídios de exploração entre hospitais, quais os factores associados com o crescimento do subsídio de exploração de um ano para o outro.

A forma mais simples de o fazer é olhar para o subsídio de exploração de um determinado ano (1999, no presente caso, devido à disponibilidade de informação) face ao subsídio anterior, ao défice da instituição no ano prévio, à capacidade de obter verbas por prestação de serviços, bem como tendo em atenção a produção do hospital e os recursos (humanos e camas) nele existentes.

É efectuada uma análise de regressão sobre 73 hospitais, sendo apenas excluídos da amostra os hospitais do Serviço Nacional de Saúde que não apresentam toda a informação necessária nas “Contas do SNS” (IGIF, 1998 e 1999).

Os resultados obtidos (disponibilizados em anexo) permitem retirar o seguinte conjunto de conclusões:

- A existência de défice num ano dá origem a reforço de orçamento no ano subsequente (para além dos eventuais reforços do subsídio de exploração do mesmo ano, não capturados na presente análise estatística).

- Um maior aumento do número de médicos está associado com um maior reforço do subsídio de exploração.
- Também um maior incremento no número de consultas externas tem uma associação positiva com um maior aumento do subsídio de exploração.

Estes dois últimos factos, embora não tenha sido determinada a causalidade, indiciam que há alguma resposta no subsídio de exploração a aumentos de recursos e de produção.

No entanto, a conclusão que importa destacar é o facto de um maior défice num ano se traduzir, tudo o resto constante, num maior subsídio de exploração no ano subsequente. A percepção deste efeito por parte dos hospitais é susceptível de destruir a credibilidade de um sistema de pagamento prospectivo.

Anexo

A metodologia de análise envolvente de dados¹²

Considere-se que existem K recursos, representados por x , e M “produtos”, representados por y , em cada um dos N hospitais. Os hospitais são indexados por i , que vai de 1 a N . Ou seja, x_i é o Para cada hospital, o objectivo é obter uma medida de eficiência que seja do tipo

$$\frac{\sum_j u_j \times y_{ij}}{\sum_h v_h \times x_{ih}}$$

sendo y_{ij} a produção j do hospital i , e x_{ih} o recurso h usado pelo hospital i . Para calcular o índice de eficiência é necessário calcular os ponderadores u e v . É ainda usual normalizar o denominador desta medida de eficiência, fazendo-o igual a 1.

Esses ponderadores são obtidos pela resolução do seguinte problema:

$$\begin{aligned} \max_{u,v} \quad & \sum_j u_j \times y_{ij} \\ \text{s.a.} \quad & \sum_h v_h \times x_{ih} = 1 \\ & \sum_j u_j \times y_{gj} - \sum_h v_h \times x_{gh} \leq 0, g = 1, \dots, N \\ & u_j, v_h \geq 0 \end{aligned}$$

Um problema equivalente a este, usando a dualidade em programação linear, é

$$\begin{aligned} \min_{\theta_i, \lambda_j} \quad & \theta_i \\ \text{s.a.} \quad & -y_i + \sum_j y_j \times \lambda_j \geq 0 \\ & \theta x_i - \sum_j x_j \times \lambda_j \geq 0 \\ & \sum_j \lambda_j = 1 \\ & \lambda_j \geq 0 \end{aligned}$$

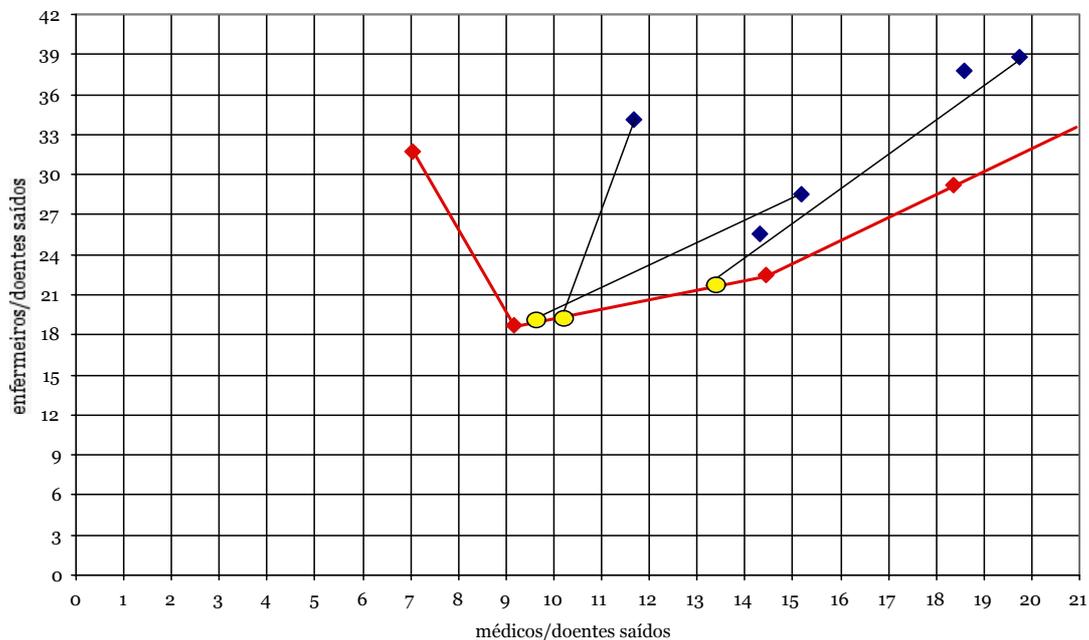
¹² A exposição seguinte segue de perto Coelli et al. (1998).

O valor θ_i é o indicador de eficiência de cada hospital, e será necessariamente inferior ou igual a 1 e superior a 0. Basta assim resolver este problema para cada um dos hospitais, resultando daí o respectivo indicador de eficiência.

Para o caso de uma produção, digamos, doentes saídos e dois recursos, digamos, médicos e enfermeiros, e 7 hospitais, é possível apresentar uma exemplificação gráfica. Naturalmente, os cálculos realizados utilizam um número maior de produções, recursos e hospitais. Contudo, a consideração de mais dimensões inviabiliza a representação gráfica, que é útil para efeitos ilustrativos.

Tomando os rácios médicos por 1000 doentes saídos e enfermeiros por 1000 doentes saídos, tem-se a intensidade usada de cada um destes factores para gerar 1000 doentes saídos.

Figura : Análise envolvente de dados – exemplo



Para nove hospitais escolhidos aleatoriamente, a Figura apresenta a representação gráfica respectiva. O cálculo da envolvente desses valores origina a linha a vermelho.

Os cálculos identificam quatro hospitais como delineando a fronteira envolvente. Tendo esses pontos, é possível realizar a simulação de quanto poderiam ser reduzidos os recursos usados noutros hospitais e ainda assim alcançar o mesmo nível de produção. Essas projecções correspondem aos pontos amarelos assinalados.

Note-se que neste exemplo, pelo facto de se terem poucas observações e apenas dois factores e um produto, os resultados não têm significado económico especial, servindo unicamente propósitos ilustrativos.

Tabela A.1 Indicadores de eficiência por hospital

	3	custos	recursos		3	custos	recursos
	despesas	totais			despesas	totais	
	1	1	1		0.718	0.585	0.838
	1	1	1		0.93	0.503	0.825
	1	1	1		0.613	0.353	0.825
	1	1	1		0.702	0.638	0.823
	1	1	1		0.846	0.73	0.821
	1	1	1		0.648	0.564	0.804
	1	1	1		1	0.74	0.799
	1	1	1		0.758	0.688	0.799
	1	1	1		0.763	0.481	0.791
	1	1	1		0.384	0.361	0.777
	1	0.993	1		0.553	0.469	0.772
	1	0.985	1		0.473	0.416	0.772
	1	0.984	1		0.503	0.428	0.771
	1	0.96	1		0.684	0.595	0.763
	1	0.944	1		0.505	0.423	0.763
	1	0.942	1		0.602	0.481	0.758
	1	0.933	1	HD Santarém	0.782	0.539	0.744
	1	0.858	1		0.822	0.48	0.738
HD S.Sebastião	1	0.765	1		0.445	0.445	0.736
	1	0.753	1		0.653	0.474	0.732
	1	0.738	1		1	0.42	0.73
	1	0.737	1		0.567	0.451	0.728
	0.964	0.802	1		0.381	0.296	0.722
	0.954	0.771	1		0.985	0.528	0.714
	0.898	0.888	1		0.614	0.456	0.687
	0.898	0.808	1		0.502	0.476	0.675
	0.861	0.764	1		0.635	0.618	0.673
	0.852	0.824	1		0.374	0.276	0.668
	0.842	0.829	1		0.587	0.48	0.645
	0.801	0.794	1		0.498	0.309	0.634
	1	0.828	0.973		1	0.537	0.623
	0.899	0.668	0.966	HD Barreiro	0.668	0.495	0.62
	0.942	0.721	0.942		0.439	0.357	0.604
	0.587	0.504	0.926		0.467	0.358	0.601
	1	0.981	0.923		0.14	0.134	0.583
	1	1	0.919		0.669	0.461	0.578
	0.621	0.448	0.917		0.279	0.21	0.478
	0.91	0.656	0.916				
	0.659	0.597	0.915				
	0.345	0.343	0.88				
	0.928	0.821	0.879				
	1	0.593	0.866				
	0.605	0.538	0.856				
	0.896	0.33	0.844				
	0.626	0.526	0.842				

Tabela A.1 Estimativas dos efeitos de reforço positivo do orçamento

	Incremento do subsídio de 1999		
Subsídio (1998)	0.145	0.103	0.108
	(3.35)	(6.60)	(7.53)
Défice (1998)	0.151	0.229	0.187
	(2.79)	(4.27)	(3.58)
Δ Dias de internamento	0.101		
	(0.38)		
Δ Consultas externas	0.949		0.827
	(4.41)		(4.02)
Δ Urgências	0.967		
	(0.39)		
Δ Doentes saídos ajustados	0.149		
	(1.58)		
Δ Médicos		0.818	0.691
		(3.14)	(3.20)
Δ Enfermeiros		0.222	
		(1.01)	
Δ Pessoal total		-0.498	
		(-1.11)	
Δ Camas		0.521	
		(3.65)	
R ² ajustado	0.695	0.732	0.733
Log Likelihood	-58.91	-55.11	-55.41
Observações	73	73	73

Nota: Entre parêntesis, o valor da estatística *t* de significância individual de cada coeficiente.

Referências

- Abel-Smith, Brian, 1992. Cost containment and health care reform, A study of the European Union. London, Health policy n.º 28 (1994), 89-132.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1996. A função de "Agência"- Acompanhamento dos Serviços de Saúde.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2001. Relatório de Acompanhamento do Hospital Fernando da Fonseca do ano 1999/2000.
- Antunes, Manuel J., 2001. A doença da saúde, Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício. Quetzal Editores.
- Asmuth, M., Blum, K., Fack-Asmuth, W.G., Gumbrich, G., Müller, U., Offermanns, M. 1999. Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlußbericht. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus-Institut.
- Barnum, H., Kutzin, J., Saxenian, H., 1995. Incentives and Provider Payment Methods. International Journal of Health Planning and Management, Vol. 10, 23-45.
- Barros, Pedro Pita, 1999. Eficiência e modos de pagamento aos hospitais. Livro de homenagem a Augusto Mantas. Príncipeia.
- Barros, Pedro Pita, 2001. Measuring hospital performance. Manuscript, Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P. e C. Sena, 1998, Quanto maior melhor? Redimensionamento e economias de escala em três hospitais portugueses, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 1: 5 – 18.
- Bentes, Margarida, 1996. A utilidade da informação de rotina na avaliação da qualidade: o contributo do GDH. Em Vaz et al., As reformas dos sistemas de saúde. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 267-277.
- Biørn, Erik, Terje P. Hagen, Tor Iversen e Jon Magnussen, 2002, The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000, by HERO Working Paper 2002: 8
- Cabral, J. e N. Barriga, 1999, Economias de escala, eficiência e custos nos hospitais distritais. Evidências empíricas. Documento de Trabalho 2/99. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Campos, António C., 1983. Saúde: o custo de um valor sem preço. Lisboa, Ed. Portuguesa Livros Técnicos e Científicos.

Carreira, C., 1999, Economias de escala e de gama nos hospitais públicos portugueses: uma aplicação da função de custo variável translog, *Estudos de Economia*, 19(3): 273 - 293.

Chilingerian, J. e H. Sherman, 1990, Managing physician efficiency and effectiveness in providing hospital services, *Health Services Management Research*, 3(1): 3 - 15.

Chirikos, T. e A. Lear, 2000, Measuring hospital efficiency: a comparison of two approaches, *Health Services Research*, 34: 1389 - 1408.

Contandriopoulos, A.P. et al., 1990. Systèmes de soins et modalités de rémunération. *Sociologie du travail*, 1(90): 95-115.

Decreto-Lei n.º 254/82 de 29 de Junho, *Diário da República*, I Série A.

Decreto-Lei n.º 310/82 de 3 de Agosto, *Diário da República*, I Série A.

Decreto-Lei n.º 73/90, *Diário da República*, I Série A.

Decreto-Lei n.º 335/93 de 29 de Setembro, *Diário da República*, I Série A, n.º 229, 5460-5466.

Decreto-Lei n.º 11/98 de 15 de Setembro, *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*, *Diário da República*, I Série A, n.º 12, 129-134.

Decreto-Lei n.º 151/98, *Diário da República*, I Série A.

Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de Maio, *Diário da República*, I Série A, n.º 108, 2421-2424.

Decreto-Lei n.º 347/99 de 18 de Setembro, *Diário da República*, I Série ^a

Decreto Regulamentar n.º 3/88

Despacho Ministerial n.º 57/80 de 29 de Dezembro

Despacho Ministerial n.º 58/80 de 29 de Dezembro

Despacho Ministerial n.º 6/91

Despacho Ministerial n.º 24/94

Despacho Normativo n.º 45/97 de 8 de Agosto da Ministra da Saúde.

Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de Agosto da Ministra da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde, 1998. O hospital português.

Donaldson, C. e Gerard, K., 1989. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39(320): 114-117.

Ellis, R.P. and McGuire, T.G., 1990. Optimal payment systems for health services. *Journal of health economics*, 9: 375-396.

Ensoy, K., S. Kavimcubai, Y. Ozcan e J. Harris, 1997, Technical efficiencies of Turkish hospitals: DEA approach, *Journal of Medical Systems*, 21(2): 67 – 74.

Escoval, Ana, 1999. Sistemas de financiamento da saúde, Análise e tendências. Tese de Mestrado, INDEG/ISCTE.

European Observatory on Health Care Systems, 1999. Health Care Systems in Transition: United Kingdom

European Observatory on Health Care Systems, 2000. Health Care Systems in Transition: Germany

Feldbaum, E.G. e Hughesman, M., 1993. Health care systems: cost containment versus quality. London, Financial Times Business Information (Financial Times Management Report N.º 147).

Franco, F., 2001, Eficiência comparada dos serviços hospitalares: o método de fronteira estocástica, Dissertação de Mestrado em Gestão Pública, Universidade dos Açores.

Glaser, W., 1970. Paying the doctor. San Francisco, Jossey-Bass.

Glaser, W.A., 1991. Health insurance in practice. San Francisco, Jossey-Bass.

Gomes, J.P., 2001. Um modelo de contratualização para o Serviço Nacional de Saúde, Tese, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.

Greene, W., 1993, *Econometric Analysis*, 3rd edition, Prentice-Hall.

Greenfield, S. et al., 1992. Variations in resource utilisation among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 267: 1624-1630

Grosskopf, S. e V. Valdmanis, 1993, Evaluating hospital performance with case-mix adjusted outputs, *Medical Care*, 31: 525 - 532.

- Grosskopf, S. e V. Valdmanis, 1987, Measuring hospital performance: a non-parametric approach, *Journal of Health Economics*, 6: 89 - 107.
- Gruca, S. e D. Nath, 2001, The technical efficiency of hospitals under a single payer system: the case of Ontario Community hospitals, *Health Care Management Science*, 4(2): 83 - 90.
- Ham, C., 1999. *Health Policy in Britain*.
- Ham, C., 1996. Contestability: a middle path for health care. *British medical journal*, 312: 70-71.
- Harcus, I., 1994. European health care insurance - growing opportunities in the private sector. London, *Financial Times Business Information (Financial Times Management Report)*.
- Harrison, A., 1993. From hierarchy to contract. Newbury, *Policy Journals*.
- Hemenway, D. et al., 1990. Physicians' responses to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care centre. *New England journal of medicine*, 322(15): 1059-1063.
- Hickson, G.B. et al., 1987. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behaviour in a randomised prospective study. *Pediatrics*, 80(3): 344-350.
- Hillman, A.L. et al., 1989. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organisations? *New England journal of medicine*, 321: 86-92.
- Hindle, A., hindle, G. A., Worthington, D. J., 1993. *The health systems of European Community member states*. Luxemburg, European Parliament.
- Hollingsworth, B., P. Dawson e N. Maniadakis, 1999, Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications, *Health Care Management Science*, 2(3): 161 - 172.
- Hollingsworth, B. e D. Parkin, 1998, *Developing efficiency measures for use in the NHS*, Report to the NHS Executive Northern & Yorkshire.
- Hospital de São Sebastião, 2000. *Relatório de Gestão*.
- Hughes, D. e Yule, B., 1992. The effect of per-item fees on the behaviour of primary health care. *Journal of health economics*, 11(4): 413-438.

Justo, Cipriano, 1998. Os sistemas locais de saúde. Em Ministério da Saúde, 1998, O hospital português.

Keeler, E.B. and Brodie, M., 1993. Economic incentives in the choice between vaginal delivery and Caesarean section. *Milbank quarterly*, 71(3): 365-404.

Labelle, R. et al., 1990. Financial incentives and medical practice: evidence from Ontario on the effect of changes in physician fees on medical care utilisation. Ontario, Centre for Health Economics and Policy Analysis.

Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro, Lei de Gestão Hospitalar.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde.

Lei n.º 54/92

Li, T. e R. Rosenman, 2001, Cost inefficiency in Washington hospitals: a stochastic frontier approach using panel data, *Health Care Management Science*, 4(2): 73 - 82.

Lima, E., 2000a, The financing systems and the performance of Portuguese hospitals, Documento de trabalho 4/2000, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Lima, E., 2000b, A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos: uma aplicação de um modelo translogaritmico, Documento de Trabalho 2/2000, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Linna, M. e U. Hakkinen, 1998, A comparative application of econometric and DEA methods for assessing cost efficiency of Finish hospitals, In: *Health, the medical profession and regulation*, P. Zweifel, editor, Kluwer Academic Press, pp. 169 - 187.

Linna, M., 1998, Measuring hospital cost efficiency with panel data models, *Health Economics*, 7: 415 - 427.

Luft, H.S., 1978. How do health maintenance organisations achieve their savings? *New England journal of medicine*, 298: 1336-1343.

Mantas, A., Costa, C., Ramos, F., 1989. Financiamento hospitalar: que contributos para a equidade? O caso português. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

McKillop, D., J. Glass, C. Kern e G. McCallion, 1999, Efficiency in Northern Ireland hospitals: a non-parametric analysis, *The Economic and Social Review*, 30(2): 175 - 196.

Ministério da Saúde, 1997. Saúde em Portugal, Uma estratégia para o virar do século, 45 orientações para 1997.

Ministério da Saúde, 2001. Despacho do Gabinete do Ministro sobre o Relatório de Acompanhamento do Hospital Fernando da Fonseca do ano 1999/2000 da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1998. Changing health care in the Netherlands. The Hague.

Mossialos, E. e Le Grand, J., 1999. Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate Publishing Limited.

Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2001. Relatório de Primavera.

OCDE, 1992. The reform of health care systems - A comparative analysis of seven OECD countries. Paris, OECD.

OECD, 1993. The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries. Paris, Health policy studies, N.º 2.

OECD, 1994. The reform of health care systems: a review of seventeen OECD countries. Paris, Health policy studies, N.º 5.

OECD, 2001. OECD Health Data.

Portaria n.º 338/92

Paiva, R., 1993, A medição da eficiência no sector hospitalar: o caso português, Tese de Doutoramento, Universidade Técnica de Lisboa.

Parkin, D. e B. Hollingsworth, 1997, Measuring production efficiency of acute hospitals in Scotland 1991-1994: validity issues in data envelopment analysis, Applied Economics, 29: 1425 - 1433.

Pouvoirville, G., 1987. Le paiement de l' acte médical: une comparaison avec la France, les États-Unis et le Québec. Journal d' économie médicale, 5(1): 5-20.

Prior, D. e M. Solá, 2000, Technical efficiency and economies of diversification in health care, Health Care Management Science, 3(4): 299 - 308.

Prior, D., 1996, Technical efficiency and scope economies in hospitals, Applied Economics, 78: 1295 - 1301.

Reis, Vasco Pinto dos, 1999. O sistema de saúde português: donde vimos, para onde vamos. Livro de homenagem a Augusto Mantas. Príncipeia.

- Rice, T., 1983. The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Medical care*, 21: 803-815.
- Rice, T., 1984. Physician initiated demand for medical care: new evidence from the Medicare program. *Advances in health economics and health services research*, 5: 129-160.
- Robinson, J.C., 1993. Payment mechanisms, nonprice incentives, and organisational innovation in health care. *Inquiry*, 30(3): 328-333.
- Robinson, R. e Le Grand, J., 1995. Contracting and the purchaser-provider split. Em: Saltman, R.B. e Von Otter, C., ed. *Implementing planned markets in health care*. Buckingham, Open University Press.
- Rochaix, L., 1991. Adjustment mechanisms in physicians' services markets. Tese, Department of Economics, University of York.
- Rochaix, L., 1993. Financial incentives for physicians: the Quebec experience. *Health Economics*, 2: 163-176.
- Rodwin, V.G. e Sandier, S., 1994. Health care under French national health insurance. *Health affairs*, 12(3): 111-131.
- Roemer, M.I., 1991. *National health systems of the world*. Oxford, Oxford University Press.
- Saltman, R.B. e Von Otter, C., 1992. Planned markets and public competition. Strategic reform in northern European health systems. Buckingham, Open University Press.
- Santos, Boaventura S., 1987. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, 13-74.
- Schneider et al., M. Dennerlein, R., Köse, A., Scholtes, L., 1992. Health care in the EC member states. Amsterdam, Elsevier.
- Soderlund, N., I. Csaba, A. Gray, R. Milne e J. Raftery, 1997, Impact of the NHS reforms on English hospital productivity: an analysis of the first three years, *British Medical Journal*, 115: 1126 – 1129.
- Sommersguter-Reichmann, M., 2000, The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach, *Health Care Management Science*, 3(4): 309- 321.
- Stearns, S. et al., 1992. Physician responses to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry*, 29: 416-425.

- Street, A., 2000, Confident about efficiency measurement in the NHS?, *Health Care UK*, 47 – 53.
- Urbano, J., Bentes, M., Vertrees, J., 1993. Portugal: National commitment and the implementation of DRG. Em Kimberly, J. e Pouvouille, G. de (eds.), *The migration of managerial innovation*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Valdmanis, V., 1992, Sensitivity analysis for DEA models: an empirical example using public vs. NFPhospitals, *Journal of Public Economics*, 48: 185 - 205.
- Van de Vem, W.P.M.M. et al., 1994. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social science and medicine*, 39(10): 1405-1412.
- Vayda, E. A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales. *New England journal of medicine*, 289: 1224-1229.
- Vayda, E. et al., 1982. A decade of surgery in Canada, England and Wales, and the United States. *Archive of surgery*, 117: 846:853.
- Vieira, M., 1997, Eficiência técnica hospitalar: estudo comparativo, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15: 53 – 63.
- WHO, 1997. *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*. WHO Regional Publications, European Series, N.º 72.
- WHO, 1999. *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*.
- WHO, 2000. *Health Care Systems in Transition: Germany*.
- Zeie, E., 2000, Hospital efficiency in Sub-Saharan Africa – Evidence from South Africa, *Working Papers N° 187*, UNU World Institute for Development Economics Research.
- Zuckerman, S., J. Hadley e L. Iezzoni, 1994, Measuring hospital efficiency with frontier cost functions, *Journal of Health Economics*, 13: 255 - 280.

Sumário

Pedro Pita Barros e Jean-Pierre Gomes

Julho de 2002, GANEC, Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa

1. Aspectos gerais do sistema de financiamento hospitalar

A insatisfação com o desempenho dos sistemas de saúde na maioria dos países desenvolvidos tem levado à aplicação de reformas em praticamente todos eles. Em diversos países da União Europeia, a contratualização é vista como um instrumento para implementar os objectivos de política da saúde. Trata-se de um mecanismo coordenador que permite uma alternativa aos modelos tradicionais de comando e controlo de gestão dos cuidados de saúde.

Os proponentes da contratualização apresentam quatro razões principais para sua introdução. Primeiro, encorajar a descentralização da gestão – a contratualização permite uma delegação de responsabilidades ao longo da linha de gestão, possibilitando aos gestores de nível hierárquico inferior mais poder para gastar os recursos de acordo com as necessidades das populações. Segundo, melhorar o desempenho dos prestadores – as provisões contratuais bem definidas podem levar a melhor sobre as responsabilidades pouco claras, dando aos pagadores alavancas que permitam influenciar o comportamento dos prestadores. Terceiro, melhorar o planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde – a contratualização como instrumento de planeamento oferece uma ligação directa entre o planeamento e a afectação dos recursos. Quarto, melhorar a gestão dos cuidados de saúde – um dos maiores objectivos da contratualização é encorajar um salto dos cuidados de internamento para os cuidados externos além de intervenções médicas mais efectivas do ponto de vista dos custos.

Os sistemas de pagamento associados com a contratualização explícita podem ser divididos em dois grupos: retrospectivo e prospectivo.

Sistemas de pagamento retrospectivo: As vantagens do pagamento baseado no acto e de forma retrospectiva estão na liberdade conseguida e na maior continuidade nos cuidados. A desvantagem é que o pagamento baseado no acto é um sistema "aberto no fim" que oferece aos prestadores um cheque em branco para encorajar a procura se estes o quiserem. Quem decide quanto se gasta sabe que haverá sempre cobertura financeira para as suas decisões.

Sistemas de pagamento prospectivo: Os sistemas de pagamento prospectivo procuram oferecer incentivos aos médicos para controlar a despesa e desenvolver uma prática com melhor relação custo-eficácia. Além disso, estes sistemas dão incentivos aos prestadores para introduzir medidas preventivas e podem levar a uma melhor distribuição geográfica dos profissionais. Por outro lado,

o pagamento prospectivo pode encorajar os prestadores a reduzir o valor do tratamento para o qual recebem uma unidade de pagamento. Por exemplo, os médicos podem reduzir o tempo das consultas, prescreverem excessivamente ou ainda vir a enviar demasiados doentes para os hospitais. Além disso, os sistemas de pagamento prospectivo podem conduzir a uma menor motivação e reduzir o bom atendimento dos doentes. Finalmente, este tipo de pagamento por fornecer incentivos aos prestadores para não receber os pacientes mais doentes que se tornariam pouco rentáveis.

A discussão sobre as vantagens e as desvantagens dos sistemas de pagamento, retrospectivo e prospectivo, sugerem que nenhum sistema é ideal, embora os efeitos perversos em cada caso possam ser agravados pelo meio em que os médicos exercem. Logicamente, a solução poderá ser encontrada num misto dos dois sistemas de pagamento que combinam incentivos para o desempenho e controlo dos custos.

Existem várias formas de proceder ao pagamento da actividade hospitalar: (a) pagamento baseado no acto; (b) Pagamento por diária; (c) Pagamento por caso clínico; (d) Pagamento por orçamento global; e, (e) Capitação. Esta descrição segue uma gradação desde a unidade mais fina, e associada com um pagamento global retrospectivo, até uma unidade de pagamento bastante agregada e que surge como um pagamento prospectivo.

Os métodos de financiamento dos hospitais nos países da União Europeia têm-se alterado significativamente ao longo dos últimos 20 anos. Existe uma clara mudança de sistemas de financiamento retrospectivos (“abertos no fim”) para o estabelecimento de orçamentos prospectivos. Ou seja, passando da situação (a) para um dos níveis superiores.

Da revisão dos modelos de organização do financiamento hospitalar, o aspecto mais evidente é a grande diversidade de soluções que foram (e são) tentadas. A principal tendência é para a adopção de sistemas de pagamento de acordo com o desempenho, responsabilizando a gestão pelos resultados obtidos.

Assim, assistiu-se à passagem de modelos baseados no reembolso de custos históricos para modelos baseados em valores prospectivos, com ou sem envelope fechado. O sistema de envelope fechado, embora o mais atractivo numa visão de promoção da eficiência e contenção de custos, tem contudo um risco político associado: a não existirem sanções que sejam aplicadas no caso de os orçamentos não serem respeitados, o próprio sistema de pagamento perde credibilidade. Torna-se, na prática, um sistema de reembolso de custos (com custos de transacção acrescidos).

2. A evolução do Sistema de Saúde português

Antes do 25 de Abril de 1974, coexistiam varias instituições com raízes diferentes, que podem resumir-se, em traços gerais, da seguinte forma: As Misericórdias, os Serviços Médico-Sociais (SMS, vulgo “postos das caixas”), os Serviços de Saúde Pública; os Hospitais estatais, gerais e especializados, e os Serviços privados dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados. A reforma do sistema de saúde e da assistência em 1971 – que incluía os Centros de Saúde de 1ª geração – constituiu já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. No entanto, durante os 8 anos que mediaram entre 1971 e 1979, nunca foi completamente implementada.

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, está associada à democratização do País. Dois aspectos fundamentais caracterizaram a configuração do SNS. Por um lado, o financiamento a partir do orçamento geral do estado (em 1976). Este facto criou logo desde as suas origens um importante constrangimento no financiamento do SNS. Tal expansão fez-se a contra-ciclo em relação à situação económica mundial dos anos 70. Por outro lado, a integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único foi demorada: os hospitais das Misericórdias foram nacionalizados em 1975; a integração dos centros de saúde com os postos médicos dos SMS só tiveram lugar em 1984. Pode assim dizer-se que o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado. Mesmo assim, e mais uma vez, não o foi completamente – faltou um elemento importante com implicações para o futuro: a Administração Central do SNS. Alguns subsistemas de saúde mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS.

Foi aprovada em 1990, uma Lei de Bases de Saúde. Durante este ciclo e dentro da matriz filosófica geral proporcionada pela Lei de Bases de 1990, há que distinguir três períodos com orientações e prioridades distintas: um primeiro, em que a ênfase foi posta na separação entre os sectores público e privado como condição para o desenvolvimento de ambos; um segundo tempo, em que essa preocupação se atenuou consideravelmente e a agenda predominante passou a ser o desenho e a implementação de um “seguro alternativo” de saúde, embora não tivesse sido concretizado; finalmente, um último período, em que esta ideia foi abandonada, tendo a agenda política passado a centrar-se no aumento do financiamento privado no sistema de saúde e na gestão privada das unidades públicas de saúde.

Ao período liberalizante dos anos 80 e princípios dos anos 90, sucede-se na Europa um outro, com diferentes perspectivas em relação às políticas sociais. Trata-se mais de “reinventar a governação” num clima em que coexistem o moderno com o pós-moderno, do que confiar excessivamente nas virtualidades do mercado na saúde: 1. reconhecem-se as disfunções dos aparelhos que gerem os regimes de bem-estar, assim como a necessidade de reformulá-los

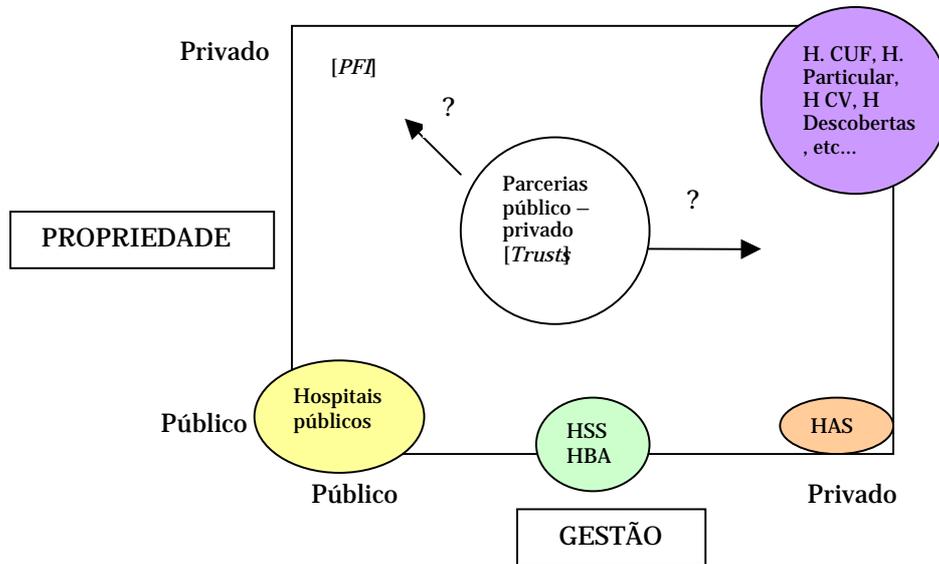
profundamente (mais atenção às pessoas e menos às organizações), sem pôr em causa os seus princípios fundamentais; 2. incorporam-se nestas reformas alguns dos dispositivos ensaiados durante o período liberalizante (separação entre financiador e prestador, contratualização), mas agora num contexto diferente; 3. observa-se que é possível obterem-se melhores resultados actuando sobre as formas de contratualização e a organização da prestação, do que no binómio financiamento/pacote básico de cuidados; 4. propõe-se uma atitude mais aberta aos dados empíricos, às observações e à experimentação e uma menor adesão a posições dogmáticas e preconceituosas.

A maioria dos hospitais portugueses tem estatuto público e, dentro deste, de serviço público dotado de autonomia administrativa e financeira. O modelo estatutário vigente é do tipo burocrático-administrativo, notando-se ainda na evolução do estatuto uma excessiva regulamentação e intervencionismo governamental. O modelo estatutário actual apresenta diversos constrangimentos, nomeadamente nas áreas dos recursos humanos, das aquisições e na área económico-financeira.

No caso do Hospital Fernando da Fonseca (de Amadora-Sintra), a gestão do hospital público foi entregue, por contrato, a partir de 1996, a uma empresa privada. Em Santa Maria da Feira, o Hospital de S. Sebastião e em Portimão, o Hospital do Barlavento Algarvio (ambos hospitais públicos), regem-se pelo direito privado. Os modelos de empresarialização dos hospitais públicos resultaram da necessidade de existirem novas formas de administração pública, sendo que intervinham de forma mais abrangente, exigindo a revisão do estatuto dos hospitais públicos portugueses - sem prejuízo dos valores fundamentais do SNS, há que agilizar, desburocratizar, mobilizar, gerir e facilitar a renovação. Requerem uma contratualização entre o financiador público e o prestador público empresarial. Em Matosinhos, procura dar-se forma à ideia de uma unidade funcional que inclua ou integre unidades prestadoras de cuidados de saúde primários. Estas e outras modalidades estão também previstas para hospitais novos, como seja o caso do Centro Hospitalar da Cova da Beira. O modelo estatutário proposto em qualquer um destes casos tende, em termos genéricos, para um modelo empresarial.

As actuais (e eventuais) experiências em curso no Serviço Nacional de Saúde são facilmente descritas, neste contexto, pela seguinte figura.

Figura 1: Experiências de gestão e propriedade hospitalar



No eixo horizontal encontra-se uma gradação qualitativa que vai da gestão puramente pública até à gestão privada, enquanto no eixo vertical se encontra a escala de propriedade do hospital, indo novamente do completamente público até ao integralmente privado. Em Portugal, como referido, a maioria dos hospitais (quer em número de camas quer em doentes tratados) cai na combinação de propriedade pública e gestão pública, enquanto as novas experiências tentadas se situam ao longo do eixo da natureza da gestão, mantendo contudo a propriedade do hospital na esfera pública. Assim sucede com a experiência do Hospital Fernando da Fonseca de Amadora–Sintra (HFF): gestão privada em hospital público, segundo regime de concessão, bem como com os Hospitais da Feira (HSS) e do Barlavento Algarvia (HBA), caracterizados pela flexibilização parcial das regras do sector público, mas não coincidindo na íntegra com as regras de uma gestão privada. As experiências tentadas têm ocorrido unicamente ao longo de uma das dimensões – a natureza das regras de gestão.

A experiência internacional neste campo, da organização hospitalar, está longe de ser uniforme, existindo diferenças substanciais de país para país. A título de exemplo ilustrativo, considerem-se as seguintes quatro situações.

Alemanha: O pagamento aos hospitais é feito numa base dupla – as despesas de exploração são financiadas pelas caixas de seguro de doença e por seguradores privados; e as despesas de investimento, mesmo nos hospitais privados, são efectuadas pelos governos regionais. As despesas de exploração são asseguradas por dotações orçamentais globais prospectivas, negociadas à escala local por representantes das caixas de seguros de doença e dos hospitais. Os orçamentos são negociados e, com base neles, é determinada uma diária calculada em tempos de

internamento e taxas de ocupação pré-definidas. Efectuam-se ajustamentos posteriores, de modo a que os hospitais possam reter 25% dos proveitos adicionais, se a utilização for maior que a esperada, e suportar 25% dos prejuízos, se a utilização for menor que a prevista.

Holanda: os doentes não têm que pagar o tratamento hospitalar, sendo este coberto pelo Seguro Geral de Cuidados de Saúde. As tarifas de pagamento aos hospitais têm que ser aprovadas por um comité constituído para o efeito, o qual é integrado por representantes de várias organizações, nomeadamente os hospitais, os fundos de segurança social, os empregadores, as organizações sindicais e entidades nomeadas em representação do Estado. A modalidade de pagamento utilizada para os hospitais assenta em orçamentos prospectivos, isto é, orçamentos globais provisionais, aprovados superiormente e que cobrem a maior parte dos custos (exceptuam-se os honorários pagos a especialistas).

Reino Unido: Os métodos usados para pagar aos hospitais estão actualmente sob reforma. De acordo com as alterações de 1991, um sistema de contratualização foi introduzido através do qual os fundos eram transferidos dos compradores (isto é, as autoridades de saúde distritais) para os hospitais e outros prestadores. Os contratos especificam que serviços devem ser prestados e os termos sob os quais devem ser oferecidos. Em termos de categorias analíticas usadas para classificar os sistemas de pagamento aos hospitais nos estudos internacionais, o sistema de contratualização do Serviço Nacional de Saúde Britânico pode ser descrito como um misto que envolve orçamentos globais com elementos de pagamentos de custo por caso. Em algumas combinações mais sofisticadas também existiram pagamentos relacionados com a demora média. É de sublinhar ainda que desde as reformas de 1991, os hospitais foram-se tornando "NHS trusts", isto é, organizações sem fins lucrativos dentro do NHS mas fora do controlo da autoridade de saúde regional.

Portugal: No final dos anos 70, o financiamento caracteriza-se pela atribuição de subsídios com base na análise das contas do ano anterior e nos acréscimos de verbas governamentais transferidas pelo Orçamento de Estado ao SNS. Dito de outro modo, até 1980, os hospitais do SNS são pagos com base nos seus custos. A partir de 1980, surgem as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde. Com o intuito de moderar a utilização exagerada ou abusiva dos serviços de saúde, são introduzidas taxas moderadoras. Em 1981, o modo de pagamento aos hospitais do SNS é alterado passando a estar associado parcialmente à produção final, como o número de doentes tratados por especialidade médica, e intermédia, em particular os exames de diagnóstico. Os serviços de internamento passam a ser financiados a preços diferentes em função da especialidade clínica, do tempo médio de internamento e das taxas de ocupação. Os serviços do ambulatório, ou seja, urgências e consultas externas, são pagos independentemente do tipo de patologia enquanto os serviços de diagnóstico e terapêutica

passam a receber por um preço médio unitário calculado a partir dos actos prestados sem ter em conta nenhuma ponderação associada à complexidade ou aos custos. Os encargos administrativos são financiados separadamente e os investimentos são determinados recorrendo a um processo negocial dando a prioridade possível aos projectos sugeridos pelas administrações hospitalares.

Embora este sistema de pagamento tenha representado um enorme passo em frente, estava longe de ser o ideal uma vez que a classificação do "case-mix" do hospital, isto é, a tipologia da sua produção expressa pela proporção dos vários tipos de doentes que trata, era rudimentar. Além disso, como os serviços de diagnóstico com custos de produção eram pagos ao mesmo preço, existiam incentivos para favorecer a quantidade em prejuízo da natureza.

Em 1987, iniciam-se experiências para a implementação de um modelo de pagamento prospectivo aos hospitais, baseado parcialmente na valorização da actividade esperada do hospital. A definição dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) por essa altura permite alguma concretização deste sistema de financiamento. A iniciativa do final da década de 80 que começa por querer financiar os hospitais em função da sua produção ajustada do "case-mix" com a inclusão de todos os tipos de produtos hospitalares, isto é, cuidados agudos em internamento, internamentos não agudos e cuidados ambulatoriais acaba por privilegiar a componente internamento usando os GDH como medida dos "case-mix". Em 1990, em resultado da aturada investigação, inicia-se a implementação de um modelo de distribuição de recursos para o internamento hospitalar no qual os orçamentos hospitalares são calculados, em parte, através da produção medida em GDH. De uma forma ou de outra, essa filosofia permanece até ao presente.

Para além da versão oficial da determinação do financiamento hospitalar, é conveniente verificar se a prática tem correspondido a essa filosofia de pagamento prospectivo parcial. Tal como descrito previamente, um dos aspectos fundamentais do sistema de financiamento hospitalar em Portugal é a insuficiência, assumida, do orçamento oficialmente atribuído face às despesas esperadas (diferença que vai para além do que seria razoável). É assim relevante avaliar em que medida este efeito mina a credibilidade de um sistema de pagamento que se quer prospectivo por fixação de orçamento global para cada instituição hospitalar.

Da descrição da forma de cálculo do financiamento hospitalar em Portugal, ficou já claro o potencial para a existência de efeitos perversos. Dada a presença de vários ajustamentos para além da fórmula base, alguns deles *ad-hoc*, é interessante avaliar, comparando os subsídios de exploração entre hospitais, quais os factores associados com o crescimento do subsídio de exploração de um ano para o outro.

A forma mais simples de o fazer é olhar para o subsídio de exploração de um determinado ano (1999, no presente caso, devido à disponibilidade de informação) face ao subsídio anterior, ao défice da instituição no ano prévio, à capacidade de obter verbas por prestação de serviços, bem como tendo em atenção a produção do hospital e os recursos (humanos e camas) nele existentes.

É efectuada uma análise de regressão sobre 73 hospitais, sendo apenas excluídos da amostra os hospitais do Serviço Nacional de Saúde que não apresentam toda a informação necessária nas “Contas do SNS” (IGIF, 1998 e 1999).

Os resultados obtidos permitem retirar o seguinte conjunto de conclusões:

- A existência de défice num ano dá origem a reforço de orçamento no ano subsequente (para além dos eventuais reforços do subsídio de exploração do mesmo ano, não capturados na presente análise estatística).
- Um maior aumento do número de médicos está associado com um maior reforço do subsídio de exploração.
- Também um maior incremento no número de consultas externas tem uma associação positiva com um maior aumento do subsídio de exploração.

Estes dois últimos factos, embora não tenha sido determinada a causalidade, indiciam que há alguma resposta no subsídio de exploração a aumentos de recursos e de produção. No entanto, a conclusão que importa destacar é o facto de um maior défice num ano se traduzir, tudo o resto constante, num maior subsídio de exploração no ano subsequente. A percepção deste efeito por parte dos hospitais é susceptível de destruir a credibilidade de um sistema de pagamento prospectivo.

3. Análise de eficiência

O objectivo primeiro da análise de eficiência, no presente contexto, é o de obter um padrão de referência da melhor prática, quer nacional quer internacional, contra a qual o desempenho dos três hospitais em escrutínio seja confrontado. Devido a problemas de recolha de informação, bem, como dificuldades na harmonização de conceitos estatísticos entre países e disponibilidade de elementos comparáveis, é extremamente difícil proceder a esse exercício de uma forma que tenha significado. Aliás, não se encontra actualmente a nível internacional qualquer comparação de eficiência hospitalar entre países. Na melhor das situações, encontra-se a comparação de alguns indicadores, que contudo são apenas aproximações muito imperfeitas à noção de eficiência hospitalar. Por esse motivo, apresenta-se primeiro uma análise de eficiência que procure definir a melhor prática nacional. Posteriormente, serão apresentados alguns indicadores simples de comparação com a realidade Espanhola e Inglesa.

A forma mais simples de um indicador de eficiência é:

$$I = \text{medida de produção/factor produtivo}$$

Quanto maior for este rácio, maior produção é obtida para um determinado volume de factor produtivo. Só que um hospital tem várias produções e utiliza muitos recursos diferentes. Simplesmente somar essas produções e os factores produtivos utilizados pode não fazer muito sentido, até porque estão medidos em unidades diferentes. Por exemplo, somar consultas externas com episódios de internamento é dificilmente aceitável, tal como somar seringas usadas com horas médico. A solução natural é então criar somas ponderadas, mas surge o problema de definir os ponderadores. A definição desses ponderadores é precisamente o objectivo da análise envolvente de dados, que além do mais pode ser construída por forma a originar um indicador sumário entre zero (completamente ineficiente) e um (totalmente eficiente) para cada unidade hospitalar. A análise envolvente de dados também permite identificar objectivos em termos de recursos utilizados ou produção para se alcançar a eficiência.

Em termos de análise do grau de eficiência, pode-se adoptar uma perspectiva baseada nos recursos utilizados ou baseada nos resultados obtidos. No primeiro caso, coloca-se a seguinte questão: “Quanto se pode poupar, em recursos usados, reduzindo todos numa mesma proporção, por se alcançarem os mesmos resultados de uma forma eficiente?”. Alternativamente, olhando em termos de resultados, pode-se pensar em: “Quanto é possível aumentar os resultados obtidos, mantendo constantes os recursos usados, se se passar a ser eficiente?”.

A análise de eficiência terá como produções do hospital as três grandes áreas de actividade do hospital: internamento, consultas externas e urgências. Para contemplar as diferenças de casuística de hospital para hospital, toma-se como medida de produção de internamento o número de doentes saídos multiplicado pelo índice de *case-mix*. Em relação às consultas externas e urgências, utiliza-se como medida de produção o número total de episódios de cada uma das actividades.

Os resultados baseados no ano de 2000, valores provisórios, cedidos pelo IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. A utilização de valores referentes ao ano de 2000 é preferível ao ano de 1999, uma vez que o hospital de S. Sebastião iniciou a sua actividade em 4 de Janeiro de 1999, e por esse motivo o seu primeiro ano de actividade poderá não ser representativo.

O primeiro passo consiste em avaliar se as diferenças de custos entre hospitais podem ser justificadas pelas diferenças nos níveis de produção observados. Considera-se para este efeito um único factor produtivo genérico: custos totais. O nível de eficiência médio global é de 66%. O

Hospital da Feira apresenta um valor de 0.765, o mais elevado do grupo de três hospitais, enquanto o Hospital do Barreiro apresenta um valor de 0.495 e o Hospital de Santarém um valor de 0.539.

Figura 2: Indicador de eficiência - versão custos totais

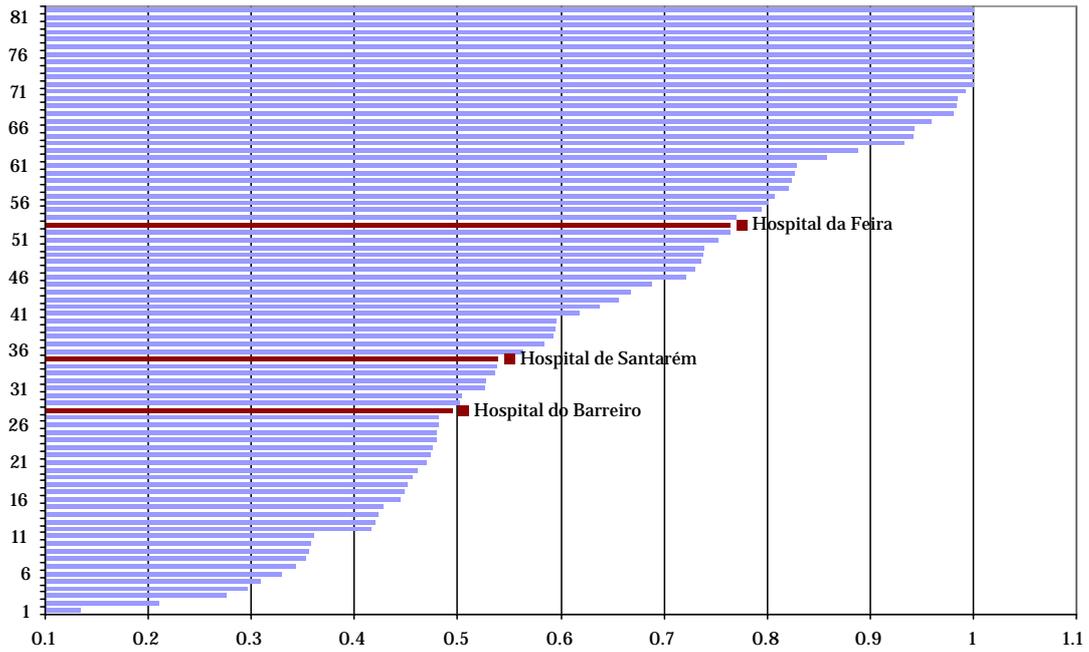
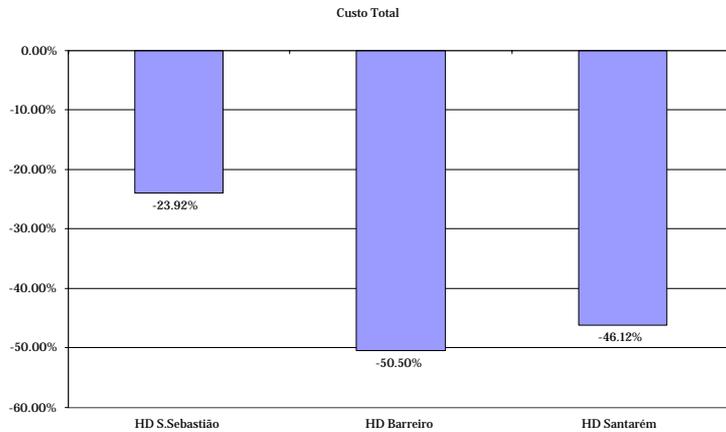


Figura 3: Eficiência custo

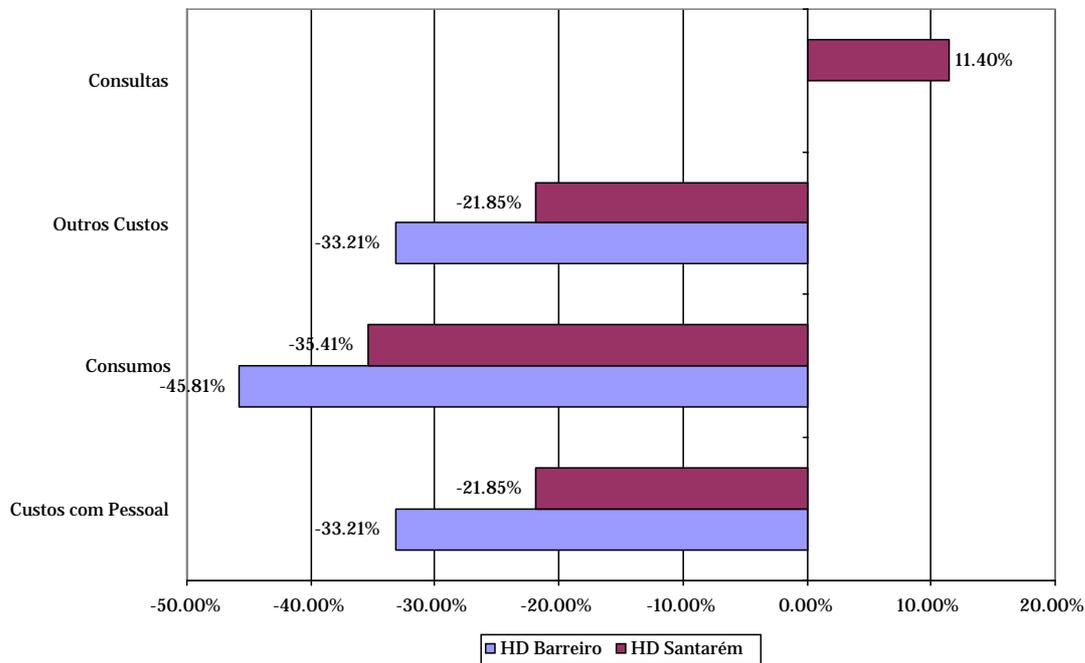


A análise detalhada da situação de cada hospital revela que para se alcançar uma situação eficiente em cada um deles deveria ocorrer uma substancial redução de custos. A redução estimada de custos é cerca de 46% para o Hospital de Santarém e de 50% para o Hospital do Barreiro. Como o Hospital da Feira surge melhor colocado em termos de eficiência, a redução estimada de custos é da ordem dos 24%.

Considerando as três medidas de produção já descritas e três categorias de despesa como factores produtivos: despesas com pessoal, consumos e fornecimentos externos, e outras despesas, também neste caso o Hospital da Feira aparece como mais eficiente que os outros dois hospitais. Em particular, o Hospital da Feira surge dentro do conjunto das unidades eficientes, enquanto os hospitais de Santarém e do Barreiro surgem como relativamente ineficientes. Os índices de eficiência são, respectivamente, 78.2% e 66.8%. O valor médio global para o índice de eficiência é de 78.4%. Estes dois últimos hospitais estão, pois, dentro do conjunto das instituições hospitalares menos eficientes.

Olhando para o que seria o movimento hipotético no sentido de alcançar uma situação de eficiência, confirmam-se os resultados anteriores.

Figura 4: Ganhos de eficiência, por tipo



A aproximação a uma situação de eficiência é melhor conseguida, no caso do Hospital de Santarém, alterando também o seu nível de produção de consultas. Assim, na situação eficiente mais próxima dos actuais níveis de actividade dos hospitais do Barreiro e de Santarém, verifica-se que ambos deveriam reduzir os seus custos de forma significativa em qualquer das categorias. Contudo, a redução deveria ser mais acentuada no caso dos consumos, do que nas restantes categorias de custos. No caso do hospital de Santarém, para além da redução de custos assinaladas, é desejável um aumento de cerca de 11% no número de consultas realizadas.

Complementando as análises prévias, consideraram-se depois, para além dos mesmos indicadores de produção, factores produtivos em termos físicos, como o número de médicos, número de enfermeiros, número de paramédicos, outro pessoal ao serviço do hospital e lotação de camas. Mantém-se como factor produtivo uma medida de despesa – a despesa em consumos e fornecimentos externos, como medida compósito dos restantes recursos usados na actividade hospitalar.

Uma vez mais, confirma-se a ordenação de eficiência dos três hospitais, com a inclusão do Hospital de S. Sebastião no grupo das unidades eficientes. O Hospital de Santarém apresenta um índice de eficiência na ordem dos 74,4% e o Hospital do Barreiro um valor de 62,2%. Estes valores encontram-se abaixo quer do valor médio para o índice de eficiência, 85,6%, quer do valor

mediano, 86.6%. Estes dois últimos hospitais são, também em termos de recursos produtivos usados, dos menos eficientes do sistema hospitalar português.

Figura 5: Indicador de eficiência – versão recursos reais usados

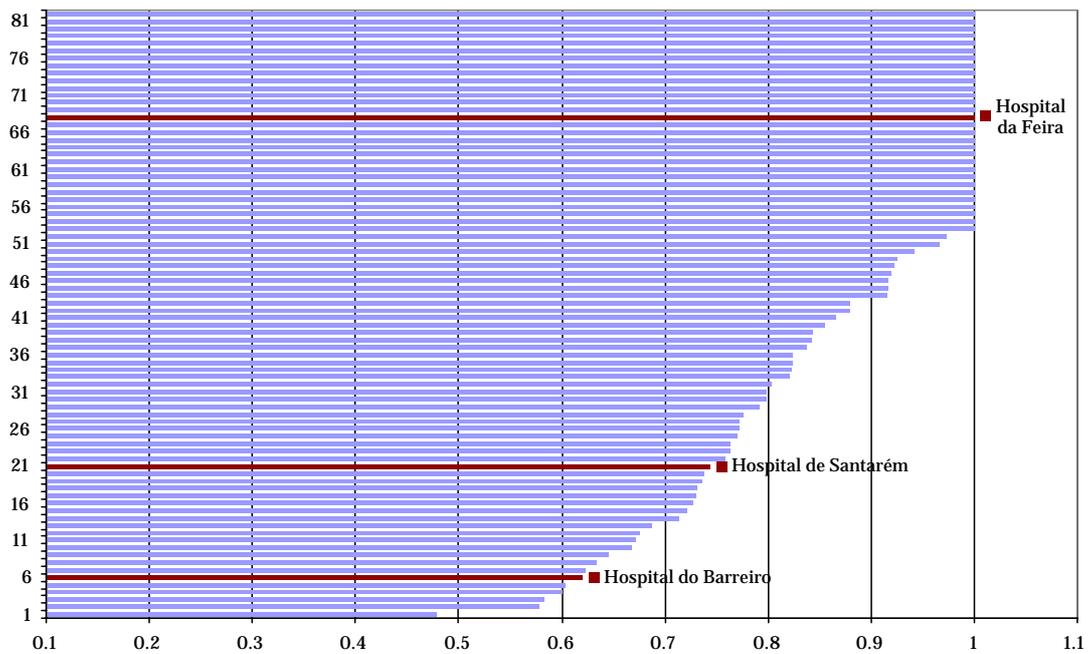
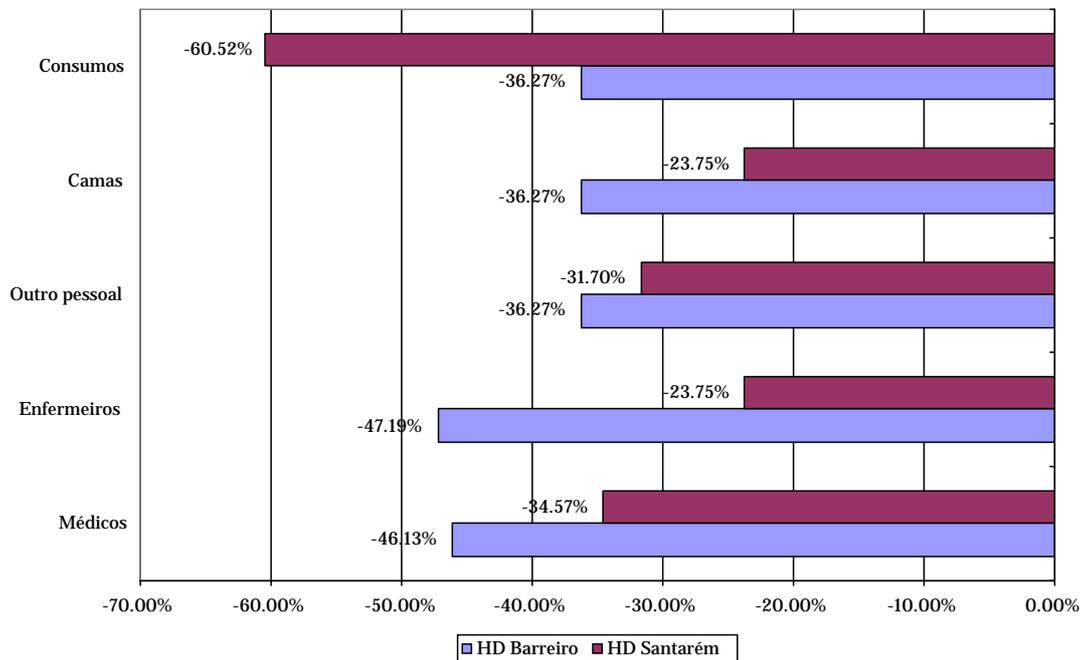


Figura 6: Ganhos de eficiência, por indicador físico



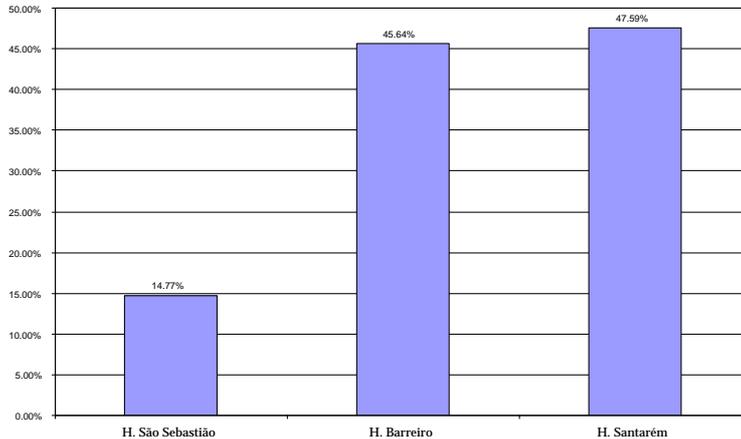
A análise detalhada dos recursos usados indica, uma vez mais, uma sobre-utilização de consumos, bastante mais acentuada no caso do Hospital do Barreiro do que no Hospital de Santarém. Como ambos os hospitais não se encontram na fronteira de eficiência, é natural que, para os níveis de actividade apresentados, haja recursos usados para além dos que seriam necessários a uma unidade eficiente. O padrão de ineficiência é mais pronunciado no Hospital do Barreiro, concentrando-se sobretudo na utilização de enfermeiros e paramédicos. Isto é, para o mesmo volume de actividade, e por comparação com a melhor prática definida pelos outros hospitais portugueses, qualquer destes hospitais deveria ter um menor número de elementos ao serviço, sendo que a redução seria mais acentuada nos enfermeiros e médicos. O Hospital de Santarém, por seu lado, tem uma incidência maior da ineficiência nos consumos.

Em termos do exercício de quanto se deveria aumentar a produção, para alcançar uma situação eficiente, no caso dos cálculos tomando como único factor produtivo os custos do hospital, o H. S. Sebastião apresenta uma maior medida de eficiência que o H. do Barreiro e o H. de Santarém, respectivamente. Contudo, nos restantes casos, o H. de Santarém é mais eficiente que o H. do Barreiro, mas ambos são menos eficientes que o H. S. Sebastião, que surge dentro das instituições (relativamente) eficientes do sistema hospitalar português.

Em termos mais concretos, a análise do desempenho das equipas de cada hospital mostra que, para os mesmos custos totais, todas as actividades dos hospitais deveriam aumentar, sendo a dos

hospitais do Barreiro e Santarém bastante significativa (cerca de 45%), enquanto a do H. de S. Sebastião se queda pelos 15%.

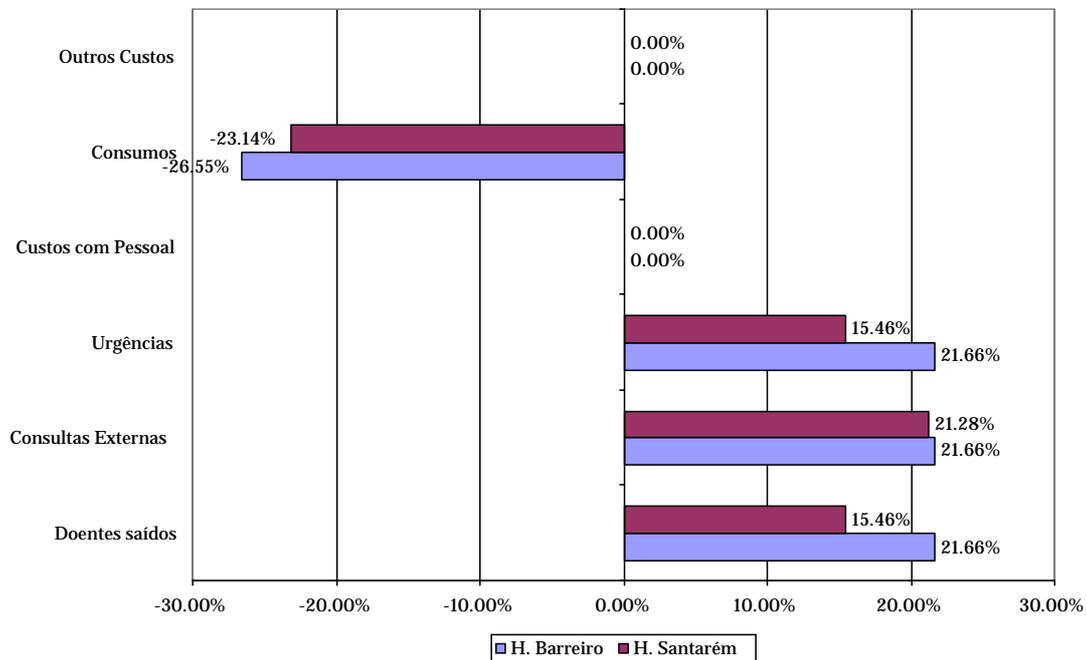
Figura 7: Ganhos de eficiência



Detalhando um pouco mais, e considerando três blocos de despesa, conclui-se que o hospital do Barreiro para alcançar uma situação de eficiência precisa não só de aumentar as produções realizadas (cerca de 20%), mas também de reduzir os factores produtivos, nomeadamente os consumos. Em termos de padrão, enquanto os aumentos de produção são os mesmos para qualquer rubrica no caso do Hospital de Barreiro. No que toca ao Hospital de Santarém, há a registar uma redução no número de enfermeiros, essencial para posteriormente gerir os recursos disponíveis.

Por fim, contempla-se a eficiência como sendo determinada por vários recursos físicos. Tal como em resultados prévios, o aumento da produção no H. do Barreiro rondará os 20%; a exigida ao H. de Santarém é um pouco menor e menos equilibrada, com especial incidência na fraca produção de concorrência externa. Simultaneamente surge o interesse em diminuir os consumos.

Figura 8: Ganhos de eficiência, por produção



Tendo sido a análise produzida a um nível de agregação elevado, embora semelhante ao usado na generalidade dos estudos sobre eficiência hospitalar, é agora conveniente explorar se a análise de indicadores mais detalhados, ao nível das valências por exemplo, consegue levar a uma identificação mais clara de fontes de ineficiência.

Essa análise mais detalhada deverá incidir com maior acuidade sobre a utilização de enfermeiros e de paramédicos nos hospitais do Barreiro e Santarém, para além dos aspectos de produtividade em geral. Espera-se, assim, que a inclusão de uma análise envolvente de dados correspondente a um tratamento multidimensional das análises de rácio standard qualifique e enquadre os resultados de análise de rácios individuais. Os resultados da análise envolvente de dados devem ser encarados como o ponto de partida de avaliação da eficiência de prestação de cuidados hospitalares. A análise detalhada de rácios deverá procurar identificar eventuais fontes de ineficiência dos hospitais, tendo em atenção um enquadramento geral de caracterização da eficiência. Permite também descer a uma detalhe que a análise estatística, por dificuldades de recolha de informação, não permite alcançar.

4. Comparação Internacional: Espanha e Reino Unido

Embora a realização de comparações seja um exercício delicado, pela pouca homogeneidade dos indicadores entre países, apresenta-se no quadro seguinte o confronto de alguns valores para os

três hospitais sob auditoria com os hospitais da rede pública espanhola INSALUD.¹ O sistema INSALUD considera cinco grupos de hospitais. O grupo 1 abarca os pequenos hospitais (menos de 200 camas e 100 médicos). O grupo 2 inclui os hospitais gerais de área, os mais aproximados aos hospitais distritais portugueses, e o ponto de comparação natural para os hospitais incluídos na auditoria. O grupo 3 é constituído pelos hospitais gerais de maior dimensão, e com alguns serviços especializados. O grupo 4 contém os hospitais de elevada tecnologia, equivalentes aos hospitais centrais na terminologia nacional. Finalmente, o grupo 5 cobre os hospitais especializados e com características particulares. Toma-se o ponto médio como referencial, em lugar de se usarem pontos extremos da distribuição como aproximação à melhor prática.

Nem todos os indicadores se encontram disponíveis, nomeadamente os referentes à produtividade de recursos humanos. Em termos de actividade desenvolvida, a primeira constatação é a de um maior volume de urgências em qualquer um dos três hospitais portugueses do que a média nos hospitais do grupo 2, tendo em contrapartida uma menor intensidade de utilização de consultas externas. Há uma menor importância relativa das consultas dos hospitais portugueses face aos hospitais do sistema INSALUD. Esta característica é comum aos três hospitais mas menos acentuada no caso do Hospital de S. Sebastião. A situação diferente do Hospital da Feira no contexto dos hospitais portugueses é bem visível quer na maior intensidade de consultas por dia quer na própria percentagem de primeiras consultas (que é mesmo a mais elevada dentro do conjunto de informação apresentado).

No que se refere ao internamento, a demora média nos hospitais do Barreiro e de Santarém não é muito distinta da média do grupo 2 dos hospitais INSALUD. Contudo, o valor para o Hospital da Feira é substancialmente inferior, quer aos outros valores dos hospitais portugueses quer à demora média dos hospitais espanhóis.

Em termos de taxa de ocupação, esta é sensivelmente a mesma sobre os hospitais portugueses, mas consistentemente mais elevada em Espanha. Tal parece dever-se sobretudo a uma maior utilização do sistema hospitalar pelos cidadãos espanhóis. Esta inferência assenta na maior taxa de ocupação presente em Espanha e da maior taxa de frequência hospitalar.

Quanto a indicadores de eficiência e produtividade, o Hospital da Feira é o que apresenta melhor valor para o rácio “doentes saídos por cama”, quer dentro dos três hospitais nacionais quer na comparação com o hospital médio do grupo 2 do INSALUD.

¹ Estes hospitais não abrangem toda a rede hospitalar espanhola, uma vez que os sistemas de saúde descentralizados para o nível da região não se encontram incluídos

De resto, na actividade cirúrgica, o hospital da Feira surge com os melhores indicadores de produtividade, sobrepondo-se claramente aos restantes hospitais (portugueses e grupo 2 espanhol). Já os hospitais do Barreiro e Santarém se apresentam relativamente próximos dos hospitais espanhóis do grupo 2.

Daqui ressalta que em termos de eficiência produtiva, o Hospital da Feira apresenta melhores índices de produtividade que a média dos hospitais espanhóis do sistema público INSALUD de dimensão próxima. Por outro lado, os hospitais do Barreiro e Santarém embora nalgumas dimensões se encontrem mais longe do padrão INSALUD, não se pode afirmar categoricamente que são claramente inferiores em termos de eficiência medida pelos indicadores apresentados. Tal levanta a possibilidade de a ineficiência dos hospitais portugueses poder não estar apenas na utilização dos recursos mas também no valor desses mesmos recursos.

Para obter uma imagem sumária de cada hospital português face ao valor médio dos hospitais do grupo 2 INSALUD, as figuras seguintes ilustram o melhor desempenho do Hospital da Feira, e alguma equivalência entre países nos indicadores públicos.

Figura 9: Análise de eficiência comparada – Espanha

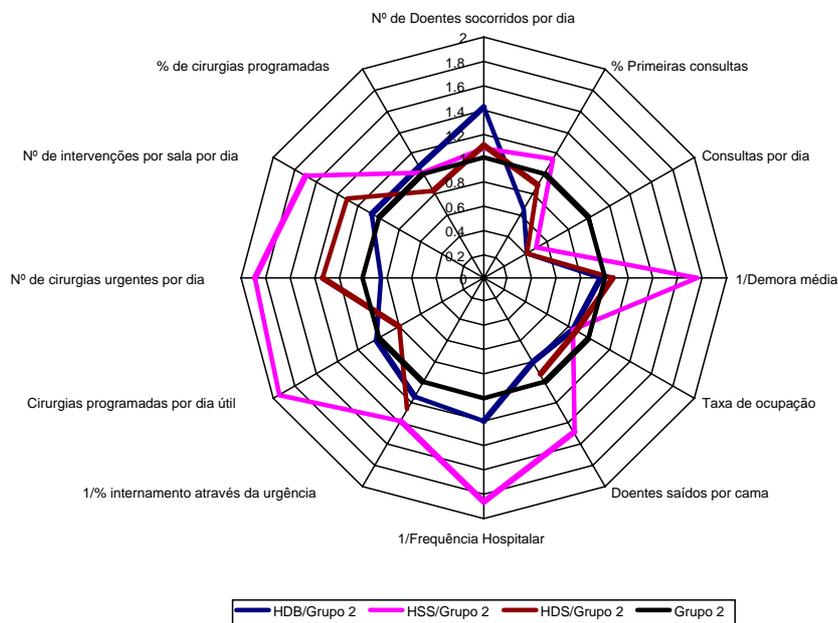
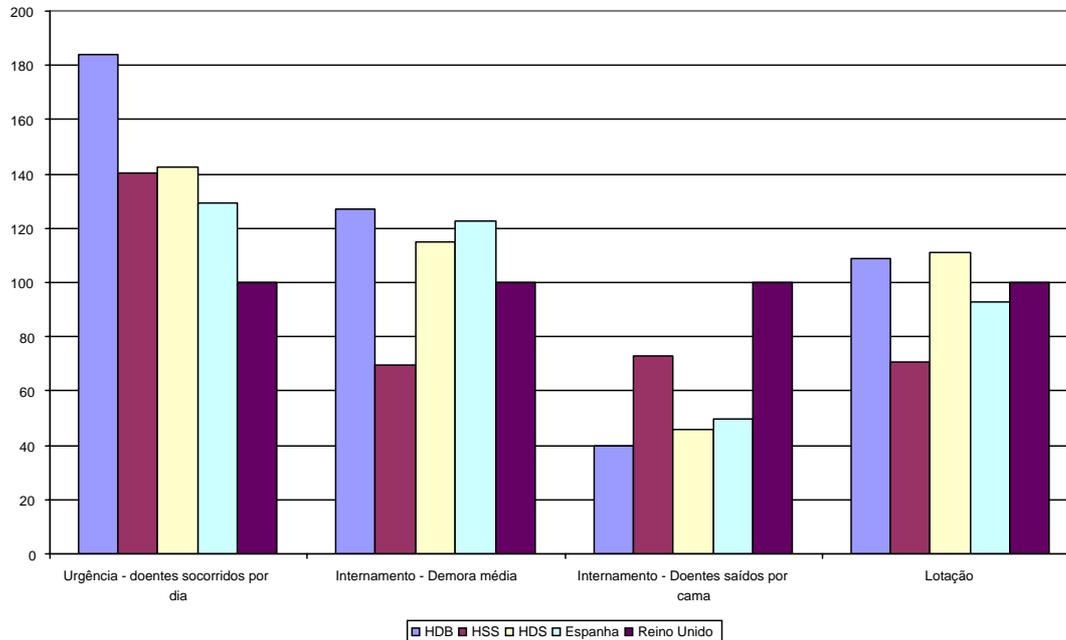


Figura 10: Indicadores comparados – Reino Unido e Espanha



Como normalização, adoptou-se o valor do Reino Unido igual a 100 em cada um dos quatro indicadores. Para o Reino Unido, os valores apresentados baseiam-se em 31 hospitais, com um número de camas entre as 200 e as 450, para considerar unicamente hospitais de dimensão semelhante. Constata-se que não há domínio de um país ou um hospital em termos destes quatro indicadores, embora o Hospital da Feira apresente, em média, os melhores indicadores dos hospitais nacionais. Os valores, mesmo que ineficientes, dos três hospitais portugueses encontram-se próximos, em ordem de magnitude, aos da experiência internacional reportada.

5. Considerações finais

As principais conclusões a retirar são:

1. Há um movimento geral, nos países desenvolvidos, de alteração do modo de pagamento aos hospitais. Caminha-se na direcção de pagamento prospectivo.
2. Nos países com propriedade pública dos principais hospitais, como sucede em Portugal, esse movimento é acompanhado por uma contratualização explícita.
3. Portugal inclui-se neste movimento geral. Em particular, há no financiamento hospitalar como oficialmente definido uma componente formalmente prospectiva, baseada nos Grupos de Diagnóstico Homogéneos.

4. Contudo, a existência de reforço de subsídios de exploração e a sua discricionariedade são susceptíveis de minar os incentivos de um sistema de pagamento com componente prospectiva.
5. Uma análise de eficiência a nível nacional mostra que, olhando para a utilização de recursos, o Hospital da Feira surge como um dos hospitais eficientes. O mesmo não se pode afirmar dos Hospitais de Santarém e do Barreiro, que para a produção que apresentam deveriam ter menor utilização de recursos (ou produzir mais com os mesmos recursos).
6. A comparação internacional possível, com unidades do Reino Unido e de Espanha, sugere que os valores dos hospitais portugueses não são especialmente diferentes, em média. Porém, as comparações internacionais neste campo devem ser vistas com extremo cuidado devido às possíveis diferenças nos conceitos estatísticos e definições usadas.