

Políticas públicas,
financiamento e
acessibilidade aos serviços
de saúde

Mesa Redonda

Pedro Pita Barros

Universidade Nova de Lisboa

Relações no sistema

- Situação dos cuidados de saúde primários
 - Julho 2005 - Comissão nomeada pelo Governo apresenta relatório sobre direcções de mudança
 - Setembro 2005 - nomeada Comissão para aplicar as medidas do relatório

- Relatório estabelece
 - Princípios de organização: orientação para a população, flexibilidade, redução da burocracia, trabalho de equipa, autonomia e responsabilidade, melhoria contínua da qualidade, contratualização
 - Princípios sobre o processo - papel das agências de contratualização; sistema de pagamento - capitação ponderada

- Promover articulação entre cuidados de saúde primários e hospitais:
 - Financiamento global baseado em capitação ajustada; contratação de actividades de prevenção e promoção da saúde
 - Em alguns casos, os grupos de médicos podem vir a ter orçamento próprio e comprar cuidados aos hospitais
 - Ter médicos no hospital que possam servir de ligação aos médicos de família

- Dois objectivos:
 - Integração organizacional - eventualmente mesmo gestão conjunta de hospitais e cuidados de saúde primários sob a mesma regra de financiamento
 - Fluxos de pagamento dos grupos de clínicos gerais para os hospitais (adquirindo cuidados para os seus doentes)
- O que podemos dizer quanto a isto, do ponto de vista de análise económica?

Da teoria económica:

- Pagamento ao acto encoraja a realização de actos, até mais do que o necessário
- Pagamento por capitação - incentivo a competir por doentes - pelos melhores? Selecção?
- Combinação de ambos para evitar os aspectos de selecção de doentes?

Na Europa:

- Dinamarca: 2/3 por acto, 1/3 capitação
- Noruega: parte por acto + parte por capitação
- Propostas similares: Croácia e Estónia
- Holanda: parte que trata 30% mais ricos, usam pagamento por acto, os outros é por capitação
- UK: por capitação, para grupos, que compram serviços aos hospitais

Qualidade dos cuidados?

- Teoria: capitação torna mais valioso atrair o doente; aumenta a qualidade dos cuidados como forma de manter a lista de doentes
- Qualidade pode não ser observada, podem existir preferências diferentes
- Não há evidência clara sobre a relação sistema de pagamento aos clínicos gerais e qualidade dos cuidados prestados

Relação hospitais-clínicos gerais

- Hipóteses de análise
 - Existem situações que tanto podem ser tratadas no hospital como pelo médico de família
 - Centros de saúde/grupos de médicos de família - decidem sobre actividades de prevenção e sobre a referenciação para o hospital (em alternativa a tentarem tratar)
 - Hospital - procura organizar-se de forma a ser eficiente nos cuidados que presta

Hipóteses (cont.)

- O tratamento no hospital tem custos superiores
- Pagamento ao hospital: reembolso de custos ou prospectivo
- Pagamento aos cuidados de saúde primários: por acto ou por capitação

Questões:

- Qual o efeito de se passar para uma gestão integrada?
- É possível alcançar os mesmos resultados de uma gestão integrada com um mecanismo de pagamentos adequado?

Resposta

- Passando para uma gestão integrada, o efeito sobre
 - Prevenção
 - Referenciação para o hospital
 - Custos unitários do hospitaldepende do sistema de pagamento para cada uma das partes

- Hospital pago por orçamento prospectivo, centro de saúde por capitação:
 - Prevenção aumenta
 - Referenciação para hospital diminui
 - Custo unitário do hospital aumenta

- Hospital pago por orçamento prospectivo, clínicos gerais pagos ao acto:
 - Todos os efeitos são ambíguos: prevenção, referenciação e custos unitários no hospital

- Hospital pago em reembolso de custos, centros de saúde/clinicos gerais pagos por capitação:
 - A mudança para gestão integrada não altera nada

- De qualquer modo - seria possível obter o mesmo resultado da gestão integrada desde que com gestão independente se pague, na margem, pela referenciação; o elemento para definir o pagamento é o custo hospitalar evitado por se tratar no centro de saúde