



# Hospitais e Centros de Saúde

Pedro Pita Barros

Faculdade de Economia, Univ. Nova Lisboa  
Centre for Economic Policy Research, Londres

- “Hospital de Braga devolve doentes” - 24 de Agosto de 2002 - relação dos hospitais com os centros de saúde
- questão não focada - fez sentido tantos doentes terem chegado ao hospital?

**Interface entre hospital e centro de saúde - Peniche: um bom exemplo**

O Hospital de Peniche e o Centro de Saúde local estabeleceram um acordo relativamente aos serviços de urgências das duas unidades. O funcionamento do Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Peniche (HP) e do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Centro de Saúde (CS) local encontra-se articulado entre os profissionais de ambas as instituições.

Observatório Português  
Dos Sistemas de  
Saúde (2002)

- Temos algum conhecimento via MoniQuor - avaliação de qualidade.
- Mas que sabemos sobre centros de saúde e seu relacionamento com os hospitais?
- II Forum de Economia da Saúde promovido pelo Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto:
  - Diversas experiências
  - Relatos não muito diferentes

- Do ponto de vista do funcionamento do sistema de saúde, os centros de saúde contribuem de três modos:
  - Movimento assistencial;
  - Referenciação para hospitais;
  - Prevenção.
- Estas componentes não são independentes e a eficiência (ou falta dela) e/ou os incentivos (financeiros e não só) existentes influenciam o desempenho nas três componentes.

# Sumário das conclusões

- Melhorias - sobretudo na parte assistencial, e apenas na fase inicial
- Prevenção - ainda há muito fazer; em geral, fraca aderência da população
- Referenciação - relações difíceis com os hospitais, mas com grande variância (desde as que funcionam bem até às “humilhantes”)

## Sumário das conclusões

- As experiências foram abandonadas pelo poder político,
- para além de “trituradas” pela máquina do Ministério da Saúde (reacção negativa da “Administração” a essas experiências)
- Abandono significa esquecimento, negligência, não dar seguimento aos meios prometidos, não serem avaliadas e terminadas, quando for esse caso.

# Sumário das conclusões

- A asfixia burocrática e financeira acaba por originar uma morte lenta e dolorosa destas experiências.
- Só uma pressão política contínua conseguirá vencer a inércia da administração pública no tratamento das novas experiências que venham a ser ensaiadas.

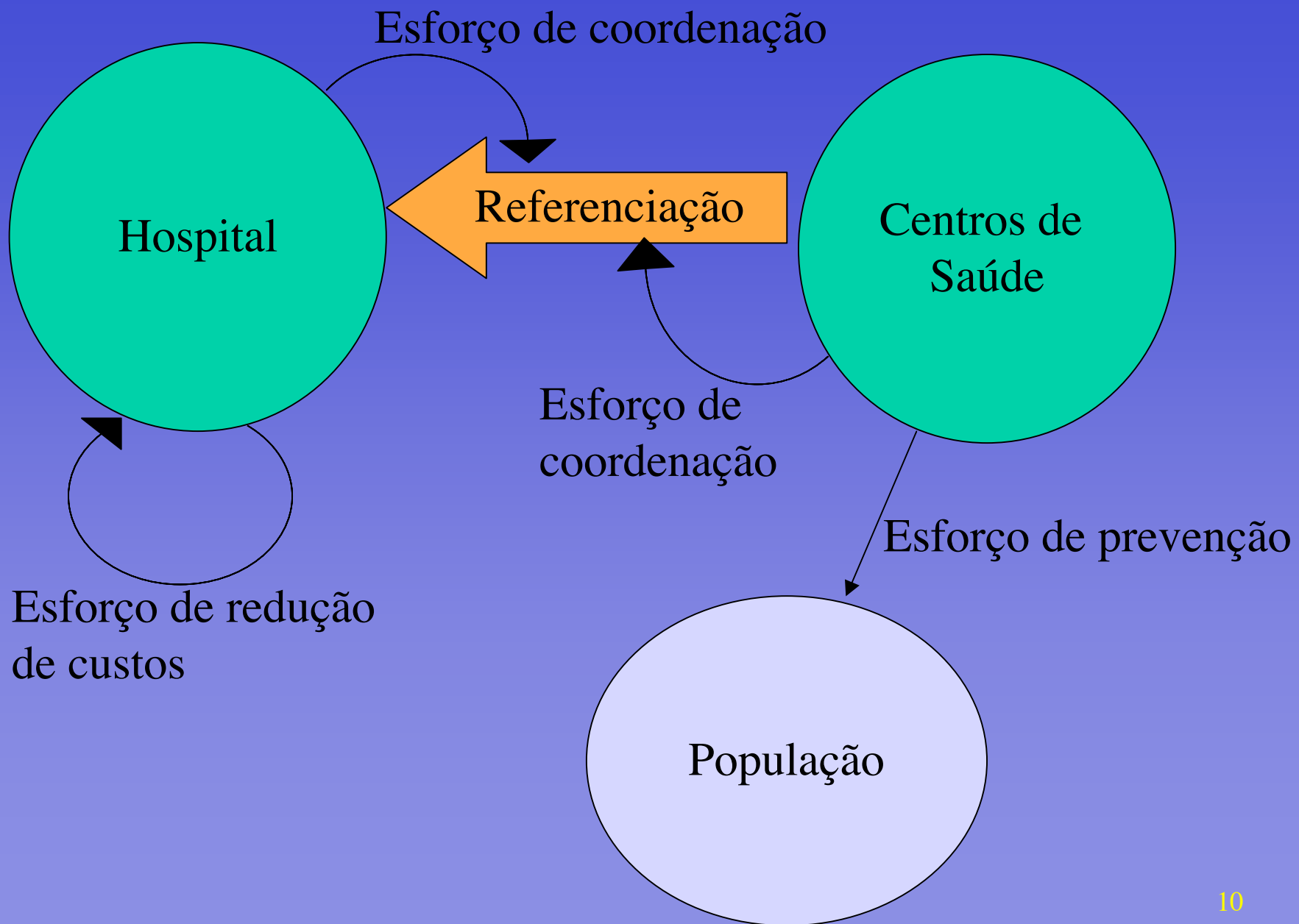
# Mais recentemente

- 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
  - Janeiro 2006 arranque das novas medidas - unidades de saúde familiar (site da missão para os cuidados de saúde primários contém bastante informação)



# Como olhar para este aspecto?

- 2 agentes principais - cuidados de saúde primários - médico de família/centros de saúde; cuidados diferenciados - hospitais
- Várias decisões relevantes, de difícil quantificação: esforço de prevenção; esforço de referenciação e articulação; esforço de maior eficiência no hospital



- Falar em articulação não chega!
- Os centros de saúde: interesse em referenciar doentes para os hospitais.
- Se os médicos de família vierem a ser remunerados por capitação, torna-se claramente atractivo remeter o doente para o hospital, em lugar de gastar tempo e recursos a tratá-lo.

- o “hospital”, se for pago de acordo com a produção, como também parece ser a intenção, tem todo o interesse em fomentar essa referenciação dos cuidados de saúde primários, sobretudo se forem casos relativamente pouco complicados.

- Se o hospital tiver que escolher entre procurar uma melhor articulação com os centros de saúde e/ou médicos de família que evite uma referenciação excessiva ou procurar diminuir os seus custos médios, apenas este último aspecto é relevante.
- A articulação irá resumir-se a uma avalanche de referenciação para os hospitais, incluindo casos que poderiam ser tratados com vantagem nos cuidados de saúde primários.

- A capitação aos médicos de família em lugar de promover a prevenção por parte do médico pode unicamente estimular uma referenciação para os hospitais, que é mutuamente benéfica, à custa de quem paga.

- Para actuar sobre estes eventuais mecanismos perversos, dois caminhos são passíveis de serem percorridos:
- a integração dos centros de saúde e/ou grupos de médicos de família com o hospital (ou hospitais) de referência - a ideia de unidades locais de saúde; OU
- o estabelecimento de fluxos financeiros sempre que ocorre uma decisão de referenciação.

- A primeira opção, integração, fica aparentemente dificultada no caso de os hospitais serem entidades privadas - maiores custos de transacção
- Mas as relações entre entidades do sector público são também muito cheias de “nevoeiro”
- Para além disso, a experiência de Matosinhos não é brilhante (ver avaliação INA 2002, números mais recentes dos rankings)



- A segunda opção, definição de fluxos financeiros associados com uma decisão de referenciação para o hospital, não seria sequer uma originalidade portuguesa.
- Reino Unido - “fund-holders” - pagam, do orçamento colocado à sua disposição, os cuidados hospitalares que são prestados aos utentes que com eles se encontram associados.

- Mas a própria definição dos fluxos financeiros teria que ser feita cuidadosamente:
  - Com gestão integrada, pagamento prospectivo não é o melhor, pois leva a esforço de prevenção sub-ótimo.
  - Sem integração, as regras são mais complexas, para acomodar os diferentes incentivos presentes, mas é possível defini-las.

# O Que está na UM CSP

- Promover articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares:
  - 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

## 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

- Resulta desta discussão que a desejada articulação entre cuidados primários e hospitais é mais difícil de criar do que usualmente se quer fazer acreditar
- sobretudo se se pretender ter uma utilização de recursos eficiente e racional.
- Mais uma vez, não será suficiente decretar ou regulamentar que tal articulação deva existir.

# Concluindo

- A articulação entre centros de saúde e hospitais tem de atingir vários objectivos (prevenção, eficiência hospitalar, referenciação)
- Há factores não observáveis relevantes que se podem controlar apenas indirectamente
- Fluxos financeiros e governação são instrumentos possíveis
- Sistema de pagamento e modo de governação são interdependentes



# Concluindo

- Há mais de uma maneira de atingir os mesmos objetivos
- Necessitamos de fazer escolhas - de preferência coerentes!
- Depois de feitas, empenhamento político continuado é crucial.