

Especialista em Economia da Saúde defende responsabilização de quem decide

«É preciso pôr um preço na referenciação»

Pedro Pita Barros defende que é imperioso atribuir um preço à referenciação dos doentes entre centros de saúde e hospitais. A solução pode passar pela gestão em ULS ou pela atribuição de custos a essas transferências. O que importa é que o custo económico deste mecanismo se reflecta sobre quem o decide.

«É preciso pôr um preço na referenciação [de doentes dos centros de saúde para os hospitais]», defende o economista Pedro Pita Barros. Para o especialista em Economia da Saúde e membro da Comissão de Sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, há que encontrar uma forma para que os custos económicos deste fluxo de doentes se reflectam não sobre quem os recebe, mas sobre quem os «envia».

O economista, que falava no colóquio «As Relações entre Centros de Saúde e Hospitais», no passado dia 3 de Novembro, no Hospital Geral de Santo António, no Porto, defendeu que, embora não sendo esta a única fórmula válida para o fazer, o modelo de integração preconizado pelo sistema de unidade local de saúde (ULS) será talvez o mais fácil de implementar no contexto actual.

«As pessoas aceitarão melhor a ideia da criação de ULS do que vir mais uma entidade pública definir um preço para a referenciação», disse ao «Tempo Medicina». De resto, explicou, «o que é preciso é arranjar um mecanismo qualquer que faça com que o custo económico da referenciação seja reflexivo sobre quem decide», sob pena de a referenciação ser usada indevidamente, levando a um aumento exponencial dos custos de tratamento.

Deitando mão de vários exemplos, o economista demonstrou como o sistema de pagamento pode influenciar o encaminhamento de doentes entre os cuidados de saúde primários e o sistema hospitalar.

«Se o hospital for pago de acordo com a produção, ou seja, de acordo com o desempenho e não de acordo com os gastos, teremos todo o interesse do hospital em fomentar a referenciação dos CSP, o que significa que terão mais gente para tratar», advertiu, lembrando que esta situação é tanto mais apetecível para os hospitais quanto a complexidade média dos casos vindos dos centros de saúde é normalmente inferior às dos casos que chegam por outras vias. Seguindo este modelo, «ao aumentar a referenciação, o hospital aumenta o seu nível de produção e à custa de casos que não consomem grandes recursos», argumenta.

Se, do outro lado, nos centros de saúde, o pagamento é feito por capitação, este efeito pernicioso toma proporções ainda maiores. Pedro Pita Barros fala mesmo na possibilidade de se dar uma «avalancha» de referenciação para o hospital, já que, o centro de saúde receberá sempre o mesmo por cada utente que tem inscrito na sua lista, independentemente dos actos praticados.

Assim, no caso do pagamento por actos praticados ao hospital e por capitação aos centro de saúde, «ambos têm todo o interesse em aumentar a referenciação, independentemente de saber se havia vantagens para o sistema como um todo em tratar as pessoas no centro de saúde ou, melhor do que isso, mantê-las afastadas do sistema».

Integração previne doenças

A prevenção da doença e a promoção de estilos de vida saudáveis são factores a ter em causa quando se pondera a articulação entre estas duas peças do sistema de saúde, sendo, portanto, de pôr de parte o sistema de pagamentos por serviço prestado.

A integração funcional com pagamento por capitação surge, assim, como uma das estratégias mais eficazes para resolver a questão, já que a fixação de preços poderá enfrentar algumas barreiras funcionais e até ideológicas. «Aqui o orçamento é gerido como um todo e, assim, quem decide, sabe que se tratar no centro de saúde vai ter um custo muito diferente do que terá se tratar no hospital e internaliza este efeito económico».

O pagamento por referenciação ou a integração constituem também, nas palavras do economista, um incentivo à prevenção, porque «os centros de saúde sabendo que a referenciação vai pesar mais no sistema têm interesse em evitar que o doente chegue, ou seja, investem, na prevenção». Outro efeito, refere, é a redução de custos, já que iria aumentar os casos tratados ao nível dos CSP.

Sobre um possível exagero na não referenciação como tentativa poupar, o economista diz não acreditar nessa possibilidade, já que, «mais tarde ou mais cedo, o doente acaba por cair no hospital». De resto, Pedro Pita Barros diz não ter dados mensuráveis sobre a existência ou não de excesso de transferências de doentes entre as duas instituições, embora admita que, «da forma que o sistema está montado é muito provável que isso aconteça».

«Essencial» para o correcto funcionamento do sistema, a reorganização defendida por Pedro Pita

Barros nunca se tornará efectiva sem um «verdadeiro empenhamento político» na matéria, já que, lembra, «a articulação entre centros de saúde e hospitais foi sempre uma preocupação dos vários responsáveis pela Saúde, mas as medidas nunca foram levadas até ao fim».

Paula Mourão Gonçalves

...CAIXA...

Ideia de futuro

Confrontado com a sugestão do economista — que frisou ser uma opinião pessoal e não tendo qualquer relação com o seu trabalho na Comissão de Sustentabilidade do SNS —, o ministro da Saúde considerou a integração funcional de centros de saúde e hospitais como «uma ideia de futuro». Para Correia de Campos, que falava aos jornalistas no final de uma visita ao Porto, no passado dia 6 de Novembro, seria «interessante» ter as duas bases do SNS a funcionar «sob a mesma égide» e com um orçamento comum, referindo, de resto, o exemplo britânico onde o pagamento é, exactamente feito por capitação.

No entanto, disse que a prioridade neste momento é o reforço da contratualização. «Pela segunda vez vamos ter os orçamentos dos hospitais absolutamente contratualizados», uma prática que agora se alarga aos CSP, referiu.

...CAIXA...

Outros cenários

Ao optar por uma gestão integrada com pagamento prospectivo em todas as componentes, leva a que não se produza um adequado esforço de prevenção. «Se recebo por pessoa que entra no sistema, o interesse em mantê-las fora do sistema é pouco», disse o economista, reforçando que o pagamento por capitação permite «premiar quem consegue evitar que as pessoas entrem no sistema». No entanto, Pedro Pita Barros admite que o esforço de prevenção é «difícil de calcular» e também não será facilmente aceitável já que, assume, «parece que se está a pagar para não se fazer nada».

Se a equação assentar no sistema de gestão integrada, sendo o hospital pago por orçamento prospectivo e o centro de saúde por capitação, a prevenção aumenta, diz, enquanto se o centro de saúde for pago por actos praticados, «todos os efeitos são ambíguos», no que se refere prevenção, referenciação e custo unitário no hospital. No caso do hospital ser pago por reembolso de custos e o centro de saúde por capitação, «a mudança para gestão integrada não altera nada», conclui.

Esta integração poderá, no entanto, reflectir-se de forma negativa nas contas dos hospitais, mas apenas se olharmos apenas aos rankings de custos. «Os custos médios por doente iriam aumentar», diz, notando que tal significará que os hospitais estarão a ocupar-se apenas, e como lhes compete, dos casos mais complexos.

TM 1.º CADERNO de 2006.11.13
0612181C18106PMG45B