



IMPACTO DO FINANCIAMENTO NA EFICIÊNCIA HOSPITALAR

por

Manuel Delfim Garrido Santos

**Dissertação de Mestrado em
Gestão e Economia de Serviços de Saúde**

Orientada pelo:

Professor Doutor António Abílio Garrido da Cunha Brandão

2012

“Poucos hospitais serão extintos, mas os prestadores gradualmente eliminarão aquelas linhas de atividade em que se destacam menos e reafetarão seus esforços a áreas em que atingem a verdadeira excelência.”

Elizabeth O. Teisberg, Michael E. Porter, 2007 em “Repensando a Saúde - Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos”

Nota Biográfica

Com a conclusão da licenciatura em Organização e Gestão de Empresas, iniciei a minha carreira profissional como economista no Hospital Geral de Santo António (HGSA).

Em 2001 assumi responsabilidade pela contabilidade analítica. Desde dessa altura que desenvolvo as minhas competências no apuramento dos custos e em tudo o que rodeia a contabilidade analítica. À data, este setor atravessava um momento particularmente difícil da sua existência, todavia o HGSA sempre pautou por um elevado padrão de qualidade no planeamento e controle da gestão. Esta instituição, agora constituindo o Centro Hospitalar do Porto procurou sempre atuar de forma a dignificar esta importante ferramenta de gestão, proporcionando as condições necessárias, independentemente da sua situação a nível nacional.

Até 2008, desenvolvi a minha atividade nos Serviços Financeiros e repartia a minha carga horária entre contabilidade geral e analítica. A partir dessa data, trabalho no Serviço de Informação de Gestão com competências de contabilidade previsional e analítica. Entre 2006 e 2012 fui consultor no Hospital Distrital de Águeda para a área económico-financeira.

A importância e a dedicação que o apuramento dos custos representam para o hospital, determinaram a sua integração no projeto do Ministério da Saúde intitulado “Sistema de Custeio por Atividades nos Hospitais” projeto este, que envolveu todos os funcionários do hospital e que foi coordenado a nível interno por mim e por uma colega de Serviço.

Com a realização do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde procurei conjugar os conhecimentos teóricos e profissionais e assim alcançar um nível de desempenho mais profissional e atual.

Agradecimentos

A realização desta tese é o culminar de um desejo de longa data de aprofundar conhecimentos na área da saúde.

Como forma de reconhecimento agradeço a todos os que contribuíram para a realização desta Tese de Mestrado:

Em primeiro lugar ao Professor Doutor António Brandão, orientador desta dissertação, pela oportunidade que me deu de desenvolver um tema que para mim começa por ser um desafio, e pelos conhecimentos, confiança e acreditação que prestou em todos os momentos.

Aos colegas da FEP, em especial à Cecília e à Andreia pela amizade e disponibilidade e por nunca me terem deixado desistir deste projeto. É de igual modo que manifesto agradecimento à Andreia pela leitura e correção ortográfica.

À amiga Paula pela leitura crítica e pela forma como foi dando o parecer mais sincero.

À Tatiana por todo o auxílio e apoio neste trabalho.

À Mónica, e em especial à minha filha Francisca pelo tempo de ausência e por me terem confortado nas alturas de mais stress.

É imperioso referir e agradecer de forma pública a todos os que acompanharam e participaram neste trabalho, quer dando opiniões construtivas, quer preenchendo os questionários.

Aos amigos e família pelo apoio.

A todos,

MUITO OBRIGADO!

Resumo

Compete ao Estado a responsabilidade pela manutenção da saúde individual e coletiva da população. A prestação de cuidados de saúde revela-se uma atividade de grande incerteza conduzindo a encargos para além das possibilidades.

Este estudo caracteriza a oferta e procura de cuidados de saúde no domínio económico e social. Os investimentos que têm sido feitos na saúde, nomeadamente os de caráter preventivo, poderiam por si só conduzir a menores investimentos futuros em saúde. No entanto, fatores demográficos antecipam necessidades diferentes, mais complexas e ostensivas.

Segundo dados da OCDE Portugal é dos países com menor despesa em valores absolutos mas com maior despesa em percentagem do PIB. Ao sistema de saúde é exigido que adote medidas de redução de despesa que permitam manter a qualidade e acessibilidade. Uma dessas políticas é repensar a forma como se financiam os cuidados de saúde de modo a tornar todo o sistema mais eficiente.

Percebe-se que existem ineficiências na remuneração dos cuidados hospitalares comparando os custos, demora média hospitalar e índice de complexidade e concluiu-se que há margem para melhorias tanto a nível das práticas médicas como a nível da utilização e racionalização dos recursos. A base deste trabalho assenta num inquérito, elaborado a um conjunto de profissionais com responsabilidade máxima na gestão hospitalar, tendo sido obtida resposta de 59 inquiridos com abrangência nacional. Os resultados deste inquérito demonstram que é necessário um *upgrade* nos modelos de custeio e de financiamento hospitalar, que a gestão desconhece em grande medida se os serviços são eficientes e que os sistemas de informação de gestão são insuficientes. Constata-se ainda uma discrepância entre a receita do hospital e a atividade dos serviços e a existência de desperdício no Serviço Nacional de Saúde.

Assim, este trabalho tem a preocupação de contribuir para um aperfeiçoamento de um sistema de financiamento prospetivo que conduza à eficiência. Para que tal aconteça é fundamental que o financiamento assente em metodologias de sistemas de custeio que permitam remunerar pelo justo valor, de modo a aumentar a competitividade, concentrar competências e recursos e gerar sinergias.

Palavras Chave: financiamento de cuidados de saúde, eficiência e sistema de custeio

Abstract

The State has the responsibility for maintaining individual and collective health of population. The provision of health care proves to be an activity of great uncertainty leading to charges beyond the possibilities.

This study characterizes the supply and demand of health care in the economic and social field. The investments that have been made in health care, including the investments of preventive character, could by itself lead to lower future investments in health. However, demographic factors could foresee different needs, more complex and ostensive.

According to OECD data, Portugal is one of the countries with less total health expenditure in absolute values but with higher expenditure as percentage of Gross Domestic Product (GDP). For the health system is required to adopt measures that will reduce expenditure allowing the maintaining of quality and accessibility to health care. One of these measures should pass to rethink the way health system is financed in order to make the whole system more efficient.

Comparing the costs, delays and average hospital complexity index, is recognized that there are inefficiencies in the remuneration and it was concluded that there is room for improvement as in terms of medical practices, as in the use of resources and rationalization. The core of this work is based on a national survey carried out at a group of professionals with ultimate responsibility in hospital management, yielding a total of 59 respondents. The results demonstrate the need for an upgrade in cost models and hospital financing, that management is unaware of the services that are efficient and information management systems are insufficient. Are also noted a discrepancy between the production and activity of hospital services, and the existence of wasteful in National Health Service.

This work has the concern of contributing to an improvement of health care financing that leads to efficiency. To make it happen the financing should be built on costing systems methodologies that allow pay fair value, in order to increase competitiveness, improve skills and resources, and managing synergies.

Key words: health care financing, efficiency, costing systems

Índice de Conteúdos

Nota Biográfica	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice de Conteúdos	vii
Índice de Figuras	ix
Índice de Quadros	x
Índice de Gráficos	xi
Lista de Abreviaturas	xiii
Capítulo I – Introdução e Estrutura da Tese	1
1. Introdução	1
2. Estrutura da tese	3
Capítulo II – Enquadramento Teórico	4
1. A realidade geodemográfica	4
2. Oferta e utilização de serviços de saúde em Portugal	11
2.1. A oferta dos serviços de saúde públicos em Portugal	12
2.1.1. Recursos físicos	13
2.1.2. Recursos humanos	16
2.2. Principais indicadores de utilização dos cuidados de saúde	19
3. Saúde das populações	24
3.1. A esperança média de vida	25
3.2. A mortalidade	27
3.2.1. Mortalidade infantil	28
3.2.2. Anos de vida potencialmente perdidos	30
3.2.3. Mortalidade “evitável”	30
3.3. Comparação de indicadores de saúde	34
4. Modelo de financiamento	37
4.1. Evolução dos gastos com saúde	38
4.2. Serviço Nacional de Saúde	44
4.2.1. Cuidados primários	46
4.2.2. Cuidados continuados	47

4.2.3. Serviços convencionados	48
4.2.4. Cuidados hospitalares	48
4.2.4.1. Organização e produção hospitalar	51
4.3. A sustentabilidade do financiamento do Sistema Nacional de Saúde Português	55
4.4. Seguros alternativos ao Serviço Nacional de Saúde	56
4.5. Projeção da evolução das despesas de saúde públicas	60
4.6. Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão	64
4.7. Sistema de custeio nos hospitais	67
4.9. Acessibilidade aos cuidados de saúde	72
4.10. Descrição dos modelos de financiamento dos hospitais	75
4.10.1. Modelo de financiamento por capitação	75
4.10.2. Modelo de financiamento baseado em custos históricos	76
4.10.3. Modelo de financiamento baseado na produção efetiva	76
4.11. Modelo de financiamento atual	78
4.11.1. Distribuição de <i>plafond</i> financeiro pelas regiões	78
4.11.2. Modelo de financiamento atualmente utilizado	80
5. Conclusões	82
Capítulo III - Indicadores que Demonstram Ineficiência do Setor Hospitalar	86
Capítulo IV – Análise e Discussão dos Dados	92
1. Metodologia	92
1.1. Caracterização da amostra	92
2. Apresentação de resultados do questionário	95
2.1. Discussão dos resultados do questionário	105
Capítulo V – Conclusão	108
1. Conclusão da dissertação	108
2. Questões para investigação futura	111
Referências bibliográficas	112
Anexo - Questionário	115

Índice de Figuras

Fig.1 – Taxa de variação da população em Portugal por município entre 1991-2001 e 2001-2001	6
Fig.2 – Índice de envelhecimento, 2001 e 2011	9
Fig.3- Índice de sustentabilidade potencial por município, 2001 e 2011	11
Fig.4 – Distribuição dos centros de saúde em 1979 e em 2009	14
Fig.5 - Acessibilidade geográfica aos hospitais concelhios, distritais e gerais ou polivalentes de referência, 1979 e 2009	15
Fig.6 – Camas hospitalares por 1000 habitantes, 1984 e 2007	16
Fig.7 – Distribuição dos Médicos nos Cuidados Hospitalares por 1000 habitantes. Portugal Continental, 1985 e 2007	18
Fig.8 – Distribuição dos Médicos nos Cuidados de Saúde Primários por 1000 habitantes. Portugal Continental, 1984 e 2007	18
Fig.9 – Variação do número de consultas nos CSP nos distritos do Continente entre 1979 e 2007	22
Fig.10 – Variação do número de consultas nos Hospitais nos distritos do Continente entre 1979 e 2007	23
Fig.11 – Variação do número de doentes observados nos serviços de urgência do SNS por 1.000 habitantes nos distritos do Continente entre 1979 e 2007	24
Fig.12 – Modelo de financiamento do SNS	44
Fig.13 – Relação camas/ médico/produção cirúrgica	54
Fig.14 – Componentes da alocação de recursos no modelo de financiamento hospitalar (2012)	79

Índice de Quadros

Quadro 1: População residente e taxa de variação por NUTS II, 1991, 2001 e 2011	5
Quadro 2: Evolução da aplicação de fundos do SNS entre 2002 e 2010	43
Quadro 3: Evolução do custo total com hospitais entre 2008 e 2010	52
Quadro 4 – Resumo da produção hospitalar no ano de 2010	54
Quadro 5: Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e cuidados continuados em % PIB, entre 2005 e 2050 de acordo com a OCDE	61
Quadro 6: Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e cuidados continuados em % PIB, entre 2005 e 2050 de acordo com a Comissão Europeia	62
Quadro 7: Evolução da atividade cirúrgica nacional	73
Quadro 8: Evolução dos GDH cirúrgicos e primeiras consultas médicas nacionais vs homólogo e contratualizada	74
Quadro 9: Evolução dos GDH cirúrgicos e primeiras consultas médicas nacionais vs homólogo e contratualizado	91

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução da população residente em Portugal, 1981-2011	4
Gráfico 2 – Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011	7
Gráfico 3 – Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários por NUTS II em 2011	7
Gráfico 4 - Índice de sustentabilidade potencial por NUTS II em 2011	10
Gráfico 5 – Evolução do número de centros de saúde entre 1980 e 2010	13
Gráfico 6 – Evolução do rácio médicos/enfermeiros ao serviço do SNS por 1.000 habitantes em Portugal entre 1970 e 2011	17
Gráfico 7 – Evolução do rácio fisioterapeutas ao serviço do SNS por 100 mil habitantes em Portugal entre 1999 e 2009	17
Gráfico 8– Consultas por habitante por tipo de Estabelecimento. Portugal Continental, 1979 – 2007.	20
Gráfico 9– Urgências por habitante por tipo de Estabelecimento. Continente, 1979 – 2007.	20
Gráfico 10 – Consultas/Urgências nos CSH do SNS. 1979 – 2007.	21
Gráfico 11 – Esperança média de vida à nascença por sexo em Portugal 1980-1982 a 2008-2010	26
Gráfico 12- Ganhos em esperança média de vida à nascença (anos) em Portugal, NUTS II entre 1991 e 2009	26
Gráfico 13–Taxa bruta de mortalidade Portugal entre 1900 e 2010	27
Gráfico 14–Taxa de mortalidade infantil Portugal entre 1913 e 2010	29
Gráfico 15 – Taxa anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes, por local de residência, Portugal 2009 (Fonte: INE, 2012)	30
Gráfico 16 – Mortalidade Infantil por cada 1.000 nascimentos.	35
Gráfico 17 – Esperança média de vida à nascença (anos).	35
Gráfico 18 – Médicos graduados por 100 000 habitantes	36
Gráfico 19 – Demora média hospitalar total (dias)	36
Gráfico 20 – Tendências de crescimento da despesa em saúde	39
Gráfico 21 – Despesa total (pública e privada) com saúde, per capita nos países da OCDE (2010)	40

Gráfico 22 - Despesa (pública e privada) em saúde em % do PIB nos países da OCDE (2010)	42
Gráfico 23 – Evolução da despesa pública do SNS entre 2002 e 2010	43
Gráfico 24 – Composição do parque hospitalar português em Junho de 2011	52
Gráfico 25: Evolução das Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC) e da mediana do Tempo de espera (TE) (meses)	73
Gráfico 26: Evolução da consulta externa nos hospitais do SNS	74
Gráfico 27: Implicação da mudança de metodologia na distribuição de fundos da saúde pelas regiões	80
Gráfico 28 – Custo unitário do doente tratado conjugado com o valor do ICM em dois grupos de financiamento	87
Gráfico 29 – Custo unitário da intervenção cirúrgica comparado com o ICM cirúrgico em dois grupos de financiamento	87
Gráfico 30 – Custo unitário do doente tratado e demora média de internamento da especialidade de ortopedia em dois grupos de financiamento	88
Gráfico 31 – Custo unitário do doente tratado e demora média de internamento da especialidade de medicina interna em dois grupos de financiamento	88
Gráfico 32– Comparação da demora média de internamento em cuidados intensivos e o ICM de internamento	89
Gráfico 33– Comparação do peso do gasto em cuidados intensivos no custo total de internamento com o ICM	89

Lista de Abreviaturas

- ACSS – Administração Central Serviços de Saúde
APS - Associação Portuguesa de Seguradoras
AVPP - Anos de Vida Potencialmente Perdidos
CEE - Comunidade Económica Europeia
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP – Cuidados de Saúde Primários
EPE – Entidade Pública Empresarial
FMI – Fundo Monetário Internacional
GDH- Grupos de Diagnóstico Homogéneo
GTRH - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
ICM – Índice Case Mix
IFSC - Instituto Francisco Sá Carneiro
INE – Instituto Nacional de Estatística
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
NPM - New Public Management
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PPP - Parcerias Público Privadas
RRE - Regime Remuneratório Experimental
SA – Sociedades Anónimas
SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC - Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
TE – Tempo de Espera
UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais
UE – União Europeia
ULS - Unidades Locais de Saúde
USF - Unidades de Saúde Familiar

Capítulo I – Introdução e Estrutura da Tese

1. Introdução

Nas últimas décadas as despesas sociais têm aumentado nos países ocidentais, ultrapassando a produção e orçamento nacionais, e colocando em risco o estado social e a competitividade entre países. Dentro das despesas sociais, o setor que acolhe maior importância e relevância é a saúde, quer pelos montantes envolvidos, pela tecnologia usada, pela inovação relacionada com descoberta de novas terapêuticas e medicamentos e por estar em causa, a vida das pessoas.

Todos os indicadores evidenciam que no último meio século a despesa no setor de saúde cresceu na escala dos dois dígitos em todos os países desenvolvidos e como seria de esperar o aumento exponencial das despesas com a saúde tornou-se incontornável para os seus orçamentos. Naturalmente, Portugal não constitui uma exceção, e a espiral dos custos e as limitações orçamentais resultam num subfinanciamento crónico que gera subutilização de estruturas, mais um fator de desperdício e de irresponsabilidade. Sendo óbvio que a comparticipação do Orçamento de Estado para as despesas de saúde não poderá aumentar indefinidamente, há, portanto, que procurar fontes alternativas de financiamento, um assunto que tem vindo a ser explorado, nem sempre da melhor maneira.

A verificar-se a tendência prevista para os gastos com a saúde, tudo indica, que mesmo após a conquista de possíveis ganhos de eficiência, e garantia da eficiente utilização dos recursos disponíveis, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tal como hoje o conhecemos, poderá não ser capaz de dar resposta às necessidades da população. Se assim for, a análise das possíveis alterações no SNS levantará questões fundamentais às quais, como sociedade organizada, teremos de dar resposta (Simões, 2010).

É igualmente importante aprofundar e discutir como é que as alterações demográficas afetam a prestação de cuidados de saúde e as forças a que estas estão sujeitas, dado que os gastos em saúde só poderão ser economicamente sustentáveis até ao ponto em que os ganhos em saúde excedem o valor produzido por essa despesa (Escoval, 2008).

O financiamento pode permitir aumentar a eficiência na produção de cuidados de saúde, ou seja, a forma como se financia premiando a produtividade, pode incentivar a

poupança de recursos ou a sua melhor adequação. São conhecidos, em diversos estudos que existem, desperdícios em toda organização do setor da saúde e em particular no SNS.

Em Portugal o Estado é simultaneamente o principal financiador e prestador de cuidados hospitalares. Para além de constituir a grande maioria das receitas dos hospitais o Estado detém a propriedade da maioria dos hospitais sendo também responsável pela sua saúde financeira. Acresce a isto que os hospitais não podem acumular excedentes financeiros nem encerrarem os seus serviços por falta de fundos. Os hospitais estão sujeitos a uma regulamentação detalhada e a custos fixos extraordinariamente elevados, simultaneamente vivem com um subfinanciamento crónico e subsequentes défices públicos. É neste âmbito que a fórmula para repartição dos recursos terá de satisfazer todas as Instituições de saúde assegurando o seu funcionamento adequado.

A forma como cada país, através dos seus sistemas de saúde, define o sistema de financiamento, seja na obtenção dos seus recursos, seja na distribuição desses mesmos recursos, influencia fortemente o comportamento dos diferentes atores e instituições que participam no sistema — hospitais, médicos, enfermeiros, doentes, gestores, farmacêuticos ou seguradoras (Escoval, 1997; Vertrees, 1998a; Barnum, Kutzin e Saxenian, 1995) —, transformando-se mesmo em autênticos «motores» da sua performance (Bentes, 1998). Como as instituições de saúde do setor público em Portugal, fortemente regulamentadas, não têm autonomia para a formação de preços são necessários mecanismos para repartir de forma equitativa o valor do orçamento do Ministério da Saúde.

A crescente preocupação com a sustentabilidade, a equidade no acesso e a eficiência dos sistemas de saúde a nível mundial, têm sido um dos motivos para a realização de inúmeros debates, conferências e reuniões internacionais. A nível nacional temos como principais políticas a: a) sustentabilidade financeira do SNS; b) reforma dos cuidados de saúde primários; c) tecnologias de informação e comunicação; d) requalificação de infraestruturas; e) política do medicamento; f) rede nacional de cuidados continuados.

Todas estas prioridades estão inscritas no Plano de Estabilidade e Crescimento e visam essencialmente a sustentabilidade do SNS. Neste sentido surge este trabalho,

tendo como principal objetivo compreender de que forma os sistemas de financiamento têm e tiveram em termos de eficiência impacto para o SNS, e que medidas são necessárias para equilibrar o crescimento da produtividade em saúde com o seu nível de financiamento. O que se pretende é demonstrar que os sistemas de financiamento influenciam a produtividade dos hospitais e tentar evidenciar qual o melhor modelo de financiamento que conduza a eficiência económica financeira dos hospitais e consequentemente o seu contributo na sustentabilidade do sistema nacional de saúde.

2. Estrutura da tese

Depois da introdução, no capítulo II aborda-se a história da evolução do Sistema de Saúde Português, prosseguindo com uma breve referência à sua demografia. Neste capítulo analisa-se também a situação atual no país, procurando compreender o sistema de financiamento hospitalar. No capítulo III, vão se analisar alguns dos indicadores que demonstram ineficiência no setor hospitalar. No capítulo IV é referida a metodologia utilizada na abordagem desta dissertação, onde são expostos os resultados decorrentes de um inquérito de opinião, visando assim analisar o modelo de financiamento que melhor possa conduzir à sustentabilidade do sistema de saúde. É neste capítulo que serão discutidos os resultados decorrentes do estudo. Finalmente no capítulo V são apresentadas as conclusões desta dissertação e questões de reflexão futura.

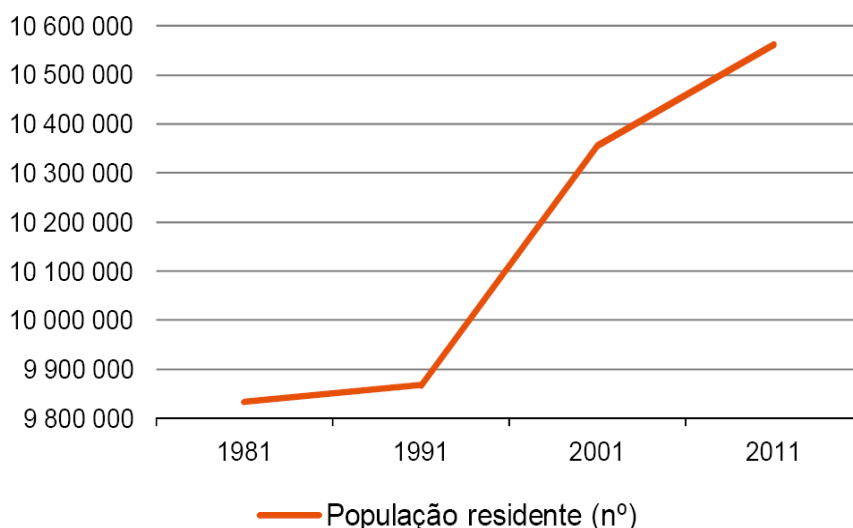
Capítulo II – Enquadramento Teórico

1. A realidade geodemográfica

Nos últimos trinta anos a população residente em Portugal tem vindo a aumentar, assim como se acentuaram os desequilíbrios na sua distribuição no Continente. Como se observa no quadro 1, no ano de 2011 a população residente em Portugal era de 10 561 614 habitantes, o que significa que na última década a população aumentou cerca de 2%. O crescimento demográfico registado nesta década foi todavia inferior ao da passada, o qual foi de cerca de 5% (censos 2011).

Em termos regionais, a evolução demográfica da última década indica que a região do Alentejo volta a perder população, registando uma diminuição de cerca de 2,5% face a 2001. A região Centro regista igualmente uma ligeira redução no número de habitantes, menos 1%, face à década anterior. A região Norte manteve sensivelmente a mesma população ao longo da última década e as restantes regiões têm acréscimos, particularmente significativos no Algarve (14,1%) e na Região Autónoma da Madeira (9,3%) (censos 2011).

Gráfico 1 - Evolução da população residente em Portugal, 1981-2011 [Fonte: censos 2011]



Quadro 1 – População residente e taxa de variação por NUTS II, 1991, 2001 e 2011 [Fonte: censos 2011]

ZONA GEOGRÁFICA	População residente				Varição 1981-1991	Varição 1991-2001	Varição 2001-2011	Varição 1981-1991	Varição 1991-2001	Varição 2001-2011
	1981	1991	2001	2011	Nº		%			
Portugal	9 833 014	9 867 147	10 356 117	10 561 614	34 133	488 970	205 497	0,35	4,96	1,98
Continente	9 336 760	9 375 926	9 869 343	10 047 083	39 166	493 417	177 740	0,42	5,26	1,80
Norte	3 410 099	3 472 715	3 687 293	3 689 609	62 616	214 578	2 316	1,84	6,18	0,06
Centro	2 301 514	2 258 768	2 348 397	2 327 580	- 42 746	89 629	- 20 817	-1,86	3,97	-0,89
Lisboa	2 482 276	2 520 708	2 661 850	2 821 699	38 432	141 142	159 849	1,55	5,60	6,01
Alentejo	819 337	782 331	776 585	757 190	- 37 006	- 5 746	- 19 395	-4,52	-0,73	-2,50
Algarve	323 534	341 404	395 218	451 005	17 870	53 814	55 787	5,52	15,76	14,12
Região Autónoma dos Açores	243 410	237 795	241 763	246 746	- 5 615	3 968	4 983	-2,31	1,67	2,06
Região Autónoma da Madeira	252 844	253 426	245 011	267 785	582	- 8 415	22 774	0,23	-3,32	9,30

A heterogeneidade espacial na distribuição da população é visível na figura 1. A evolução da população por município na última década reforça o padrão já evidenciado na anterior, continua-se a assistir à diminuição de população nos municípios do interior e ao efeito de concentração nos municípios do litoral. Os maiores crescimentos da população foram registados nos municípios periféricos a Lisboa, em praticamente toda a região do Algarve e também na Região Autónoma da Madeira.

O município de Lisboa, embora perdendo população na última década, continua a ser o município com mais população residente e está rodeado por um conjunto de municípios que viram crescer significativamente a sua população, como é o caso de Cascais, Mafra, Alcochete, Montijo e Sesimbra. Este crescimento pode ser explicado pela melhoria das acessibilidades através da construção de novas vias de comunicação na ligação a Lisboa (censos 2011).

Ao longo das últimas décadas pode, assim, confirmar-se atração continuada da população pelas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e pelos municípios do litoral em geral, e a repulsa pelo interior, visto que a grande maioria dos municípios do interior perdeu população na última década. As maiores perdas consubstanciam-se em áreas já rarefeitas, envelhecidas e com menor dinamismo económico e social.

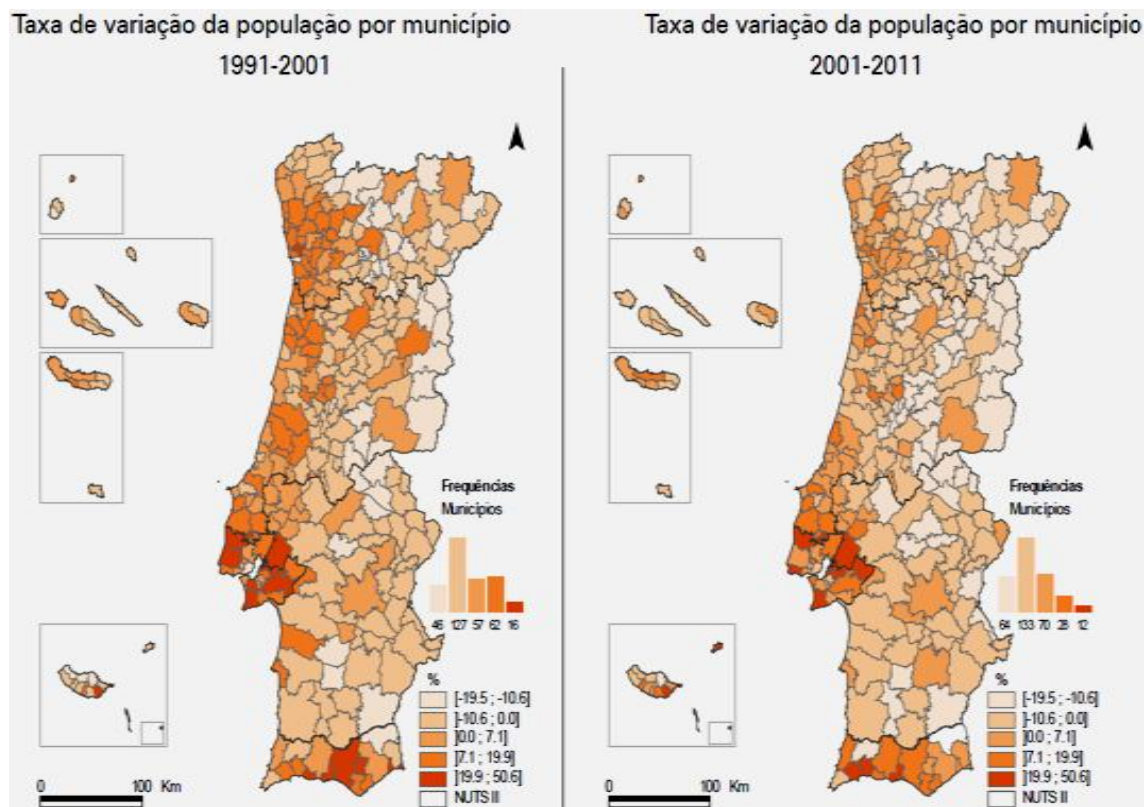


Fig.1 – Taxa de variação da população em Portugal por município entre 1991-2001 e 2001-2011 (Fonte: censos 2011)

Em 2011, o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado. Em 1981, cerca de 25% da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011 existiam mais homens e mulheres com 65 e mais anos (cerca de 19%) do que crianças com menos de 14 anos (cerca de 15%), situação já identificada em 2001 mas contrária à identificada em 1981 (gráfico 2).

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (gráfico 2).

No ano de 2011, as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são as que apresentam uma maior percentagem da população no grupo etário mais jovem; respetivamente 17,9% e 16,4% da população encontram-se no grupo etário dos 0-14

anos, seguidas pelas regiões de Lisboa, Norte e Algarve com, respetivamente, 15,5%, 15,1% e 14,9%. No lado oposto, as regiões do Alentejo e Centro são as mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 24,3% e 22,5%, respetivamente (gráfico 3) (censos 2011).

Gráfico 2 – Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011 [Fonte: censos 2011]

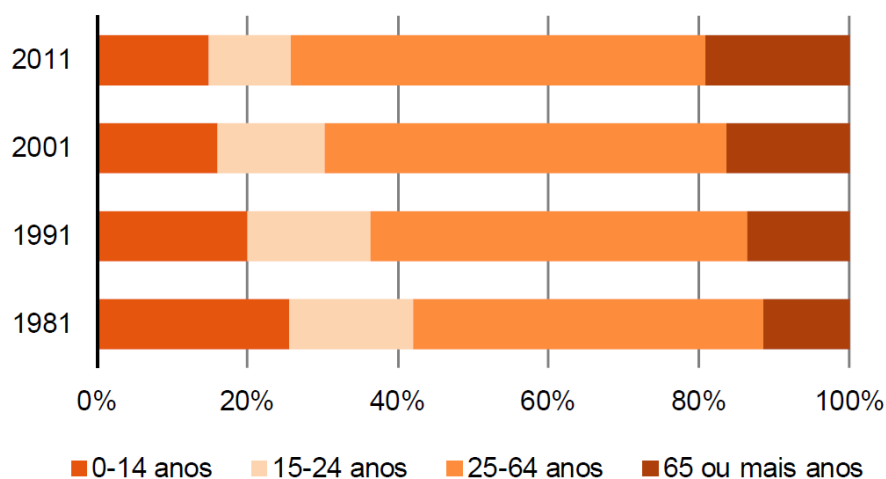
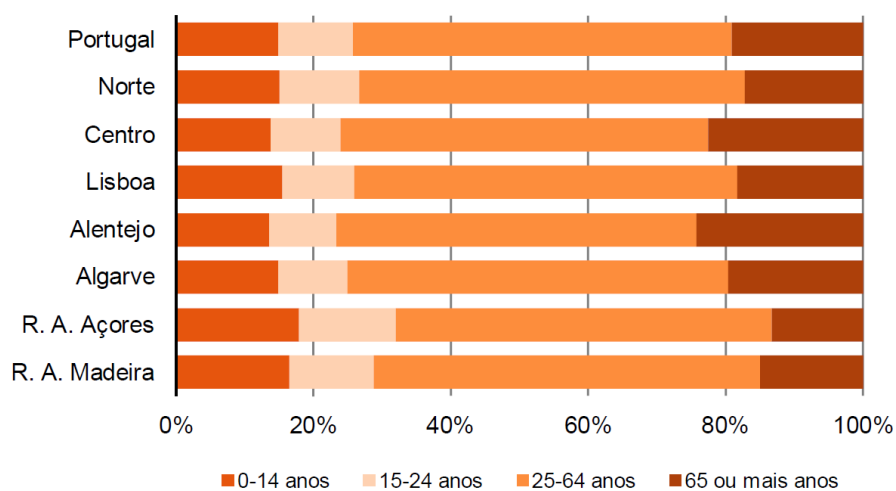


Gráfico 3 – Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários por NUTS II em 2011 [Fonte: censos 2011]



A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, mantém um padrão semelhante ao da década passada. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da

população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8% (censos 2011).

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio – económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida (censos 2011).

O Índice de Envelhecimento, que relaciona a população idosa (65 ou mais anos) com a população jovem (0-14 anos), tem vindo a acentuar o predomínio da população idosa sobre a população jovem, sendo que o índice de envelhecimento do país em 2011 era de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor baixa para 45.

As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os menores índices de envelhecimento do país, respetivamente 74 e 91. As Regiões do Alentejo e Centro são, pelo contrário, as que apresentam os maiores valores, respetivamente 179 e 164.

O agravamento do envelhecimento da população portuguesa é praticamente comum à generalidade do território nacional. Apenas 16 dos 308 municípios apresentam em 2011 indicadores de envelhecimento inferiores aos verificados em 2001. O envelhecimento das populações também deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastrou-se a todo território.

O município da Ribeira Grande, na Região Autónoma dos Açores, com 37,3 apresenta o menor índice de envelhecimento do país. No extremo oposto, Penamacor com 599,5 apresenta o maior índice de envelhecimento do país (censos 2011).

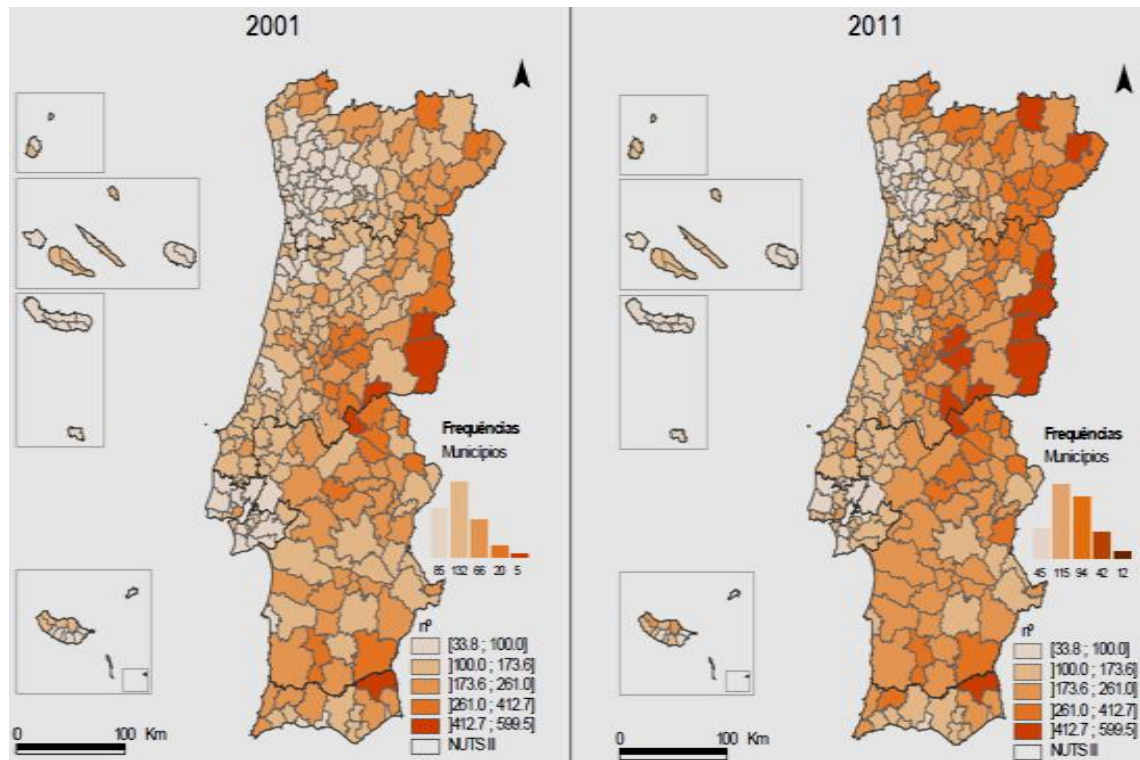


Fig.2 – Índice de envelhecimento, 2001 e 2011 Fonte: (censos 2011)

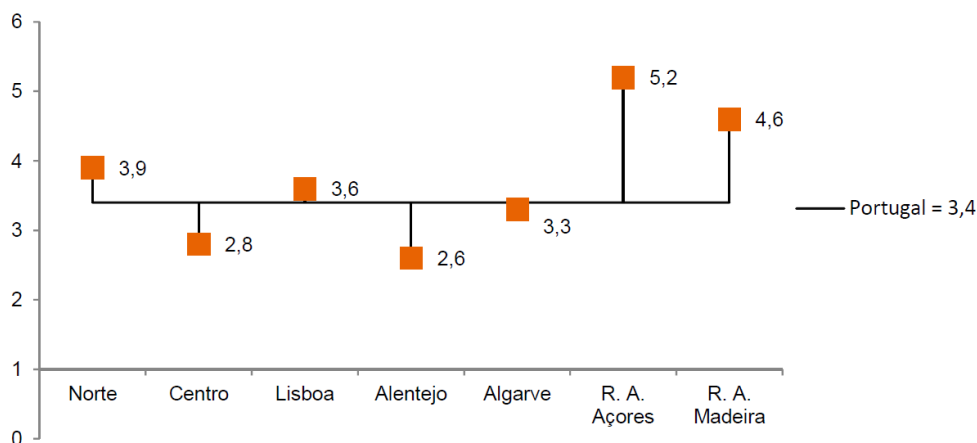
Em termos demográficos pode-se concluir que nos concelhos onde existe um forte envelhecimento, vive um conjunto de população que, não sendo numeroso, tem maiores necessidades de cuidados de saúde, comparativamente à população residente nos distritos do Porto e Lisboa, onde o índice de envelhecimento é menor. Além disso esta população encontra-se em situação geográfica desfavorável porque reside em locais distantes dos grandes centros urbanos, e portanto dos serviços de saúde de carácter especializado, como hospitais, médicos privados, etc. (Simões, 2010).

O índice de sustentabilidade é um indicador que complementa a leitura relativamente ao índice de envelhecimento, pois permite conjugar a relação existente entre a população em idade ativa (15 -64 anos) e a população idosa (65 ou mais anos), possibilitando uma avaliação sobre o esforço que a população idosa exerce sobre a população em idade ativa. O índice de sustentabilidade potencial apurado através dos Censos 2011 é de 3,4, o que significa que há 3,4 indivíduos ativos por cada indivíduo com 65 ou mais anos. Na última década este indicador agravou-se, visto que em 2001 era de 4,1.

Como se pode observar pelo gráfico 4, as Regiões Autónomas aparecem de novo com indicadores mais favoráveis, sendo que na Região Autónoma dos Açores, o índice

de sustentabilidade é de 5,2 e na Região Autónoma da Madeira é de 4,6. O Alentejo e o Centro apresentam os índices mais baixos, respetivamente 2,6 e 2,8 (censos 2011).

Gráfico 4 - Índice de sustentabilidade potencial por NUTS II em 2011 (Fonte: censos 2011)



Analisando os mapas temáticos que ilustram a situação em 2001 e em 2011 (figura 3) verifica-se que o agravamento no índice de sustentabilidade é um fenómeno comum e generalizado a todo o território nacional. Em 2001 havia 58 municípios cujo índice de sustentabilidade era menor ou igual a 2,3. Em 2011 o número de municípios nesta situação eleva-se para 98.

Alcoutim, Penamacor, Vila Velha de Rodão e Idanha-a-Nova apresentam os indicadores mais baixos, 1,1. Como já referido, os municípios com índices mais elevados localizam-se nas regiões autónomas: Ribeira Grande, com 7,8, Santa Cruz (Madeira) com 7,0, Lagoa (Açores) e Câmara de Lobos com 6,8 (censos 2011).

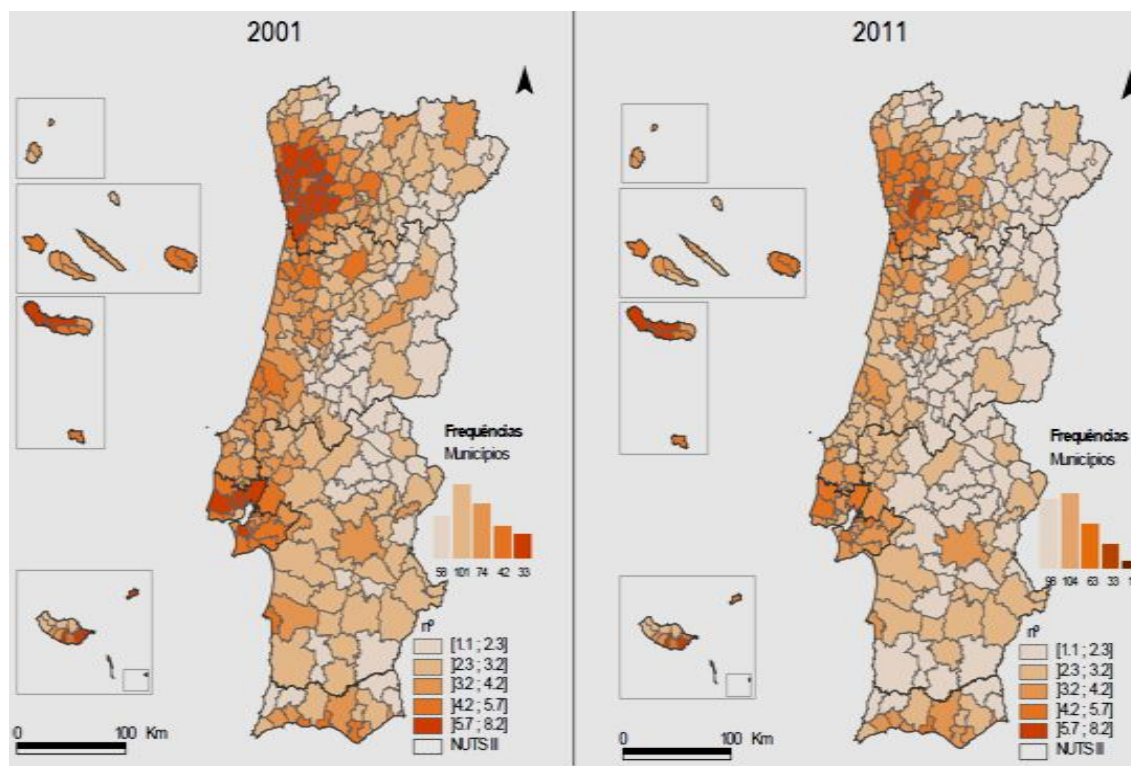


Fig.3- Índice de sustentabilidade potencial por município, 2001 e 2011 (Fonte: Censos 2011)

O aumento do índice de envelhecimento e a diminuição do índice de sustentabilidade revelam a fraca expressão da população jovem e em idade ativa nos territórios onde estes indicadores se agravam. Globalmente pode-se concluir que todo o Interior e Sul do País sofrem as consequências do forte envelhecimento.

É importante referir que este envelhecimento da população implica um aumento nas despesas em saúde, sendo necessário analisar em que medida está assegurada a sustentabilidade do financiamento do SNS no futuro, tendo em conta o impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados. Este é um assunto que será aprofundado mais à frente.

2. Oferta e utilização de serviços de saúde em Portugal

Nos últimos vinte anos, em Portugal, vários autores começaram a estudar a questão das desigualdades em saúde, atribuindo peso fundamental às questões de ordem socioeconómica e às desigualdades espaciais na oferta e utilização dos serviços de saúde. Tem-se verificado que existem desigualdades em saúde entre diferentes grupos socioeconómicos, sendo os grupos mais pobres os que cumulativamente se encontram em piores condições de trabalho, de habitação e alimentação inadequada, habitando em

locais onde a probabilidade de contacto com serviços de saúde de qualidade é difícil e a continuidade dos cuidados nem sempre é garantida, em consequência da falta de acesso (Santana *et al.*, 2004).

No entanto, segundo Campos (1983, p. 289-290), “ao longo da década de 1970 a 1980, a população portuguesa passou a ser menos discriminada no acesso a cuidados de saúde em função da área geográfica. Apesar das assimetrias populacionais e económicas se terem vindo a agravar em Portugal, observa-se no setor da prestação de cuidados de saúde às populações, entre 1970 e 1980, uma nítida igualização, com possíveis reflexos na melhoria global dos índices de saúde” (Simões, 2010).

Segue-se uma breve análise dos últimos anos no setor da saúde, concretamente na distribuição e utilização dos serviços de saúde.

2.1. A oferta dos serviços de saúde públicos em Portugal

Ao longo dos últimos anos tem-se vindo verificar um aumento dos recursos humanos no setor da saúde, diminuição genérica da capacidade da oferta instalada mas com aumentos em segmentos mais especializados e maior intensidade de aproveitamento dos recursos disponíveis (INE, 2009).

Pode-se dizer que a prestação de cuidados de saúde, de forma estruturada, no seio de instituições dotadas de equipamentos e recursos humanos específicos, por profissionais com formação própria e especializada, é um fenómeno relativamente recente, pelo menos com a dimensão que hoje assume. Até ao início do século XX, o médico era praticamente o único prestador de cuidados de saúde, fazendo-o de forma individual e generalista. Também a especialização médica corresponde a um processo recente, ainda em curso, fazendo coincidir a divisão do trabalho médico com os objetivos, a diferenciação, a complexidade e os utilizadores dos cuidados.

O fenómeno de especialização, bem evidente no seio da organização hospitalar, assenta sobre uma base conceptual de modelação dos cuidados de saúde em três níveis distintos e autónomos sobre o ponto de vista metodológico e técnico, possuidores, inclusive, de discursos por vezes divergentes ou, no mínimo, concorrentes – Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados Hospitalares e Saúde Pública, e mais recentemente Cuidados de Saúde Continuados ou Terciários – com impacto na deficiente articulação

entre eles e na referenciação dos utilizadores dos serviços (CSP / Cuidados Hospitalares).

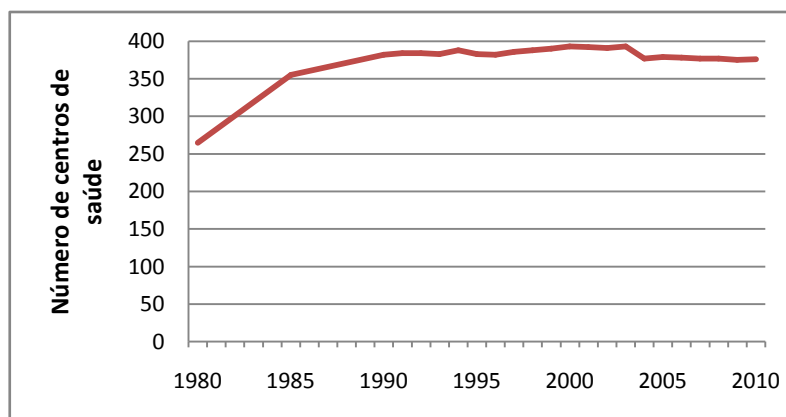
No início do século XXI verifica-se o início de um novo paradigma na prestação dos cuidados de saúde, que se pretende mais integrada e inclusiva. As Unidades de Saúde Familiares e as Unidades Locais de Saúde são exemplos da mudança na organização e prestação de cuidados efetuada nos últimos anos, embora ainda não tenham a extensão ou cobertura dominante do território e populações (Simões, 2010).

2.1.1. Recursos físicos

De acordo com a informação recolhida ao longo dos últimos trinta anos do SNS a qualidade física dos centros de saúde e dos hospitais públicos melhorou substancialmente, proporcionando melhores condições de trabalho, de atendimento e prestação de cuidados.

Observando o gráfico 5 é possível afirmar que o número de centros de saúde que foi construído (ou reconstruído) aumentou consideravelmente desde 1980. Em 1980 existiam 265 centros de saúde, em 2010 o número subiu para 376.

Gráfico 5 – Evolução do número de centros de saúde entre 1980 e 2010



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA

Na figura 4, que ilustra a distribuição dos centros de saúde em Portugal Continental no ano de 1979 e em 2009, constata-se que este aumento ocorreu um pouco por todo o país. Foram construídas novas unidades não só em áreas rurais periféricas do interior norte e sul mas também em áreas urbanas como Coimbra, Lisboa e Porto, densificando a rede de CSP. Com estas novas unidades passou a ser possível prestar um

serviço de boa acessibilidade geográfica a grande parte da população, garantindo-se o mínimo de um centro de saúde por concelho (Simões, 2010).

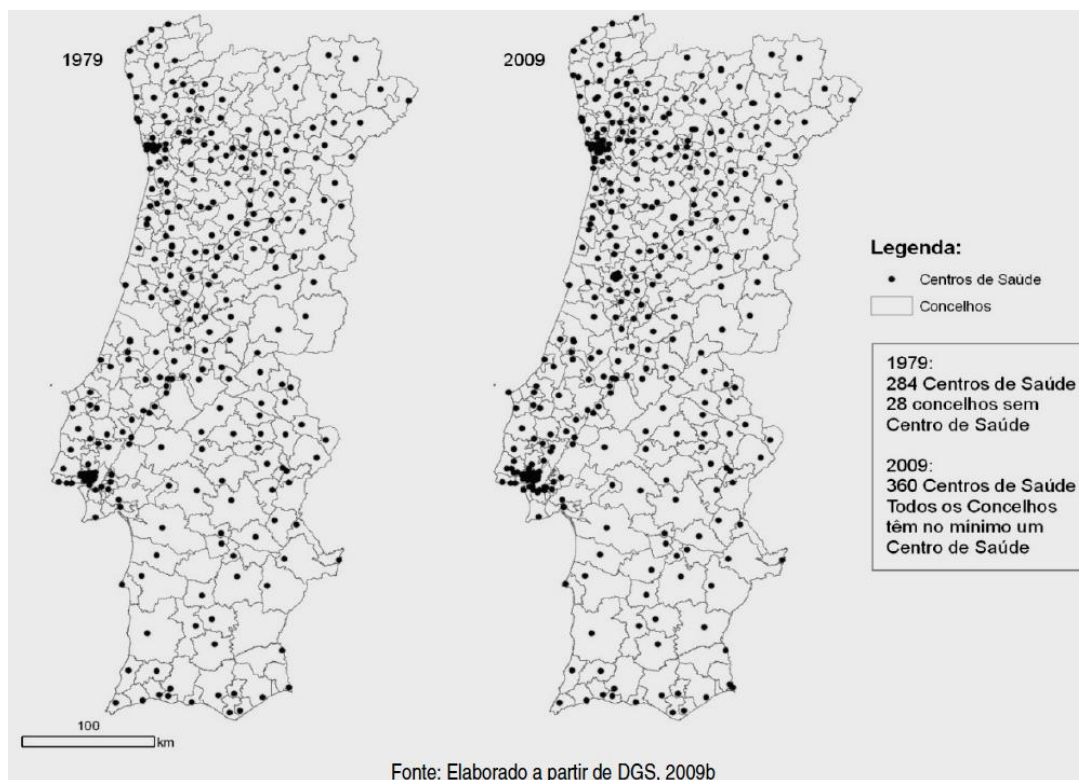


Fig.4 – Distribuição dos centros de saúde em 1979 e em 2009

Ao longo deste período foram construídos ou reconstruídos 21 hospitais, o que possibilitou uma melhoria não só na acessibilidade geográfica das populações aos cuidados hospitalares como também das condições físicas dos hospitais. Em 1979 existiam 79 hospitais, em 2009 este número aumentou para 103 hospitais do SNS que se subdividem em hospitais centrais e hospitais concelhios ou distritais.

Considerando a atual oferta hospitalar pública, segundo o censo de 2001 cerca de 88% da população tem boa acessibilidade geográfica a estes serviços, pois reside a menos de 30 minutos destas unidades de saúde (considerando que utiliza transporte próprio e o tempo de deslocação entre a freguesia de residência e o hospital mais próximo).

Fazendo uma retrospectiva no tempo verifica-se que os valores de acessibilidade da população aos hospitais têm vindo a melhorar, no entanto ainda persistem populações (<1%) que vivem a mais de 60 minutos deste tipo de serviços de saúde, localizando-se principalmente nos concelhos do interior do país (figura 5). Considerando o quadro demográfico e socioeconómico de Portugal este facto não pode ser ignorado, uma vez

que à perda de acessibilidade geográfica se juntam outras restrições de natureza económica e socio-organizacional, como o baixo acesso às fontes de informação, ao conhecimento e entendimento de um bom estado de saúde, e por conseguinte à perceção da saúde ou da doença (Simões, 2010).

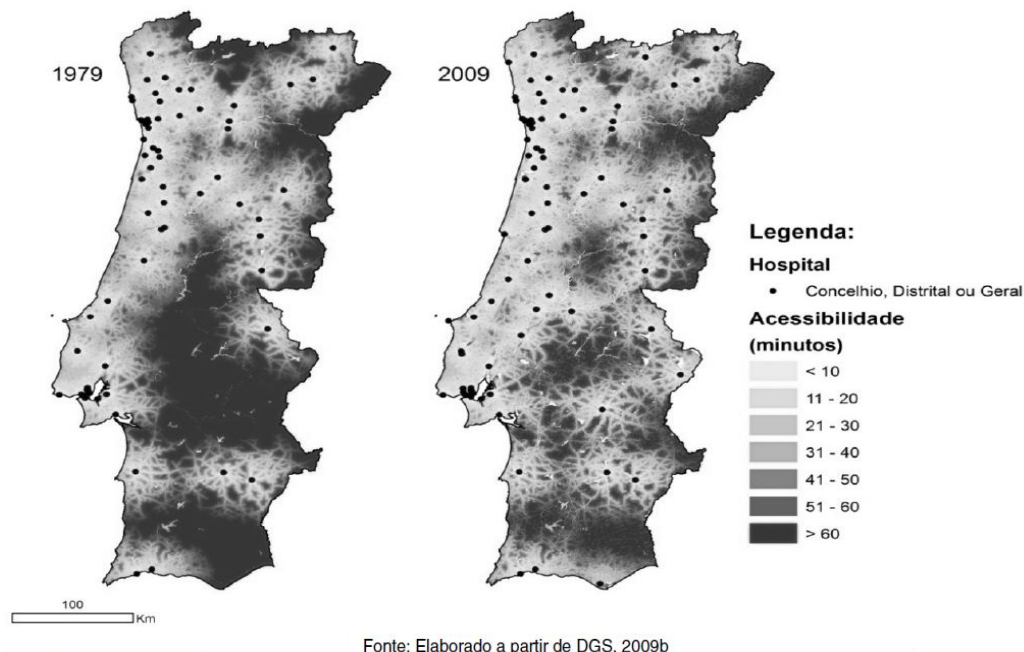
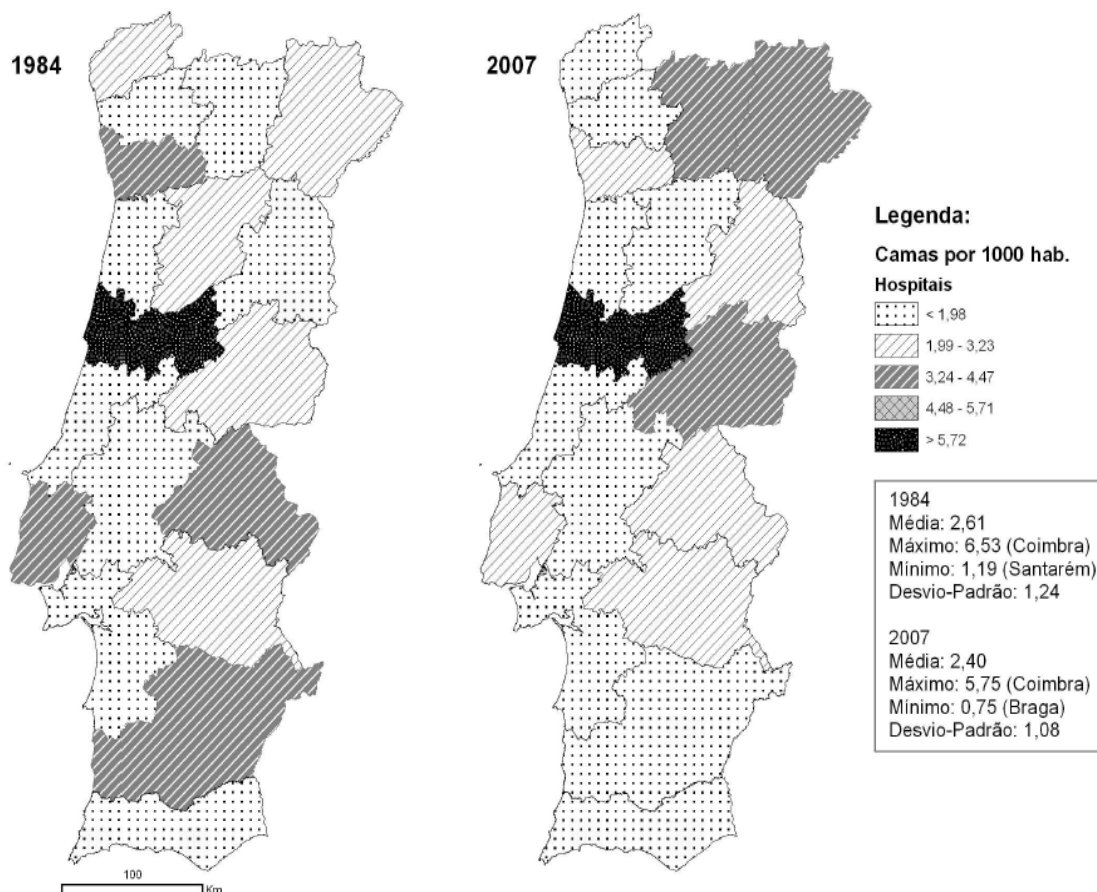


Fig.5 - Acessibilidade geográfica (tempo de deslocação em minutos) aos hospitais concelhios, distritais e gerais ou polivalentes de referência, 1979 e 2009

Para além de um melhor acesso proporcionado pelas novas unidades de saúde, estas proporcionaram também melhores condições de atendimento e de prestação de serviços. Em 1979, as condições eram consideravelmente piores, apenas 15% das camas dos hospitais centrais e distritais eram de boa qualidade e 39% de má. Em 2009 verifica-se uma melhoria destas condições uma vez que nos hospitais distritais e centrais, cerca de 46% das camas apresentavam boas e muito boas condições físicas.

Relativamente à capacidade de internamento, em 1979 o número de camas de redes de hospitais pertencentes ao SNS por 1000 habitantes era de 2,27, e em 2007, de 2,29. Verifica-se que a distribuição das camas hospitalares apresenta um desequilíbrio espacial, visto que o aumento do número de camas não se verificou em todos os distritos, como é o caso de Braga, Beja e mais acentuadamente em Vila Real (figura 6).



Fonte: Elaborado a partir de DEPS, 1985 e DGS, 2009a.

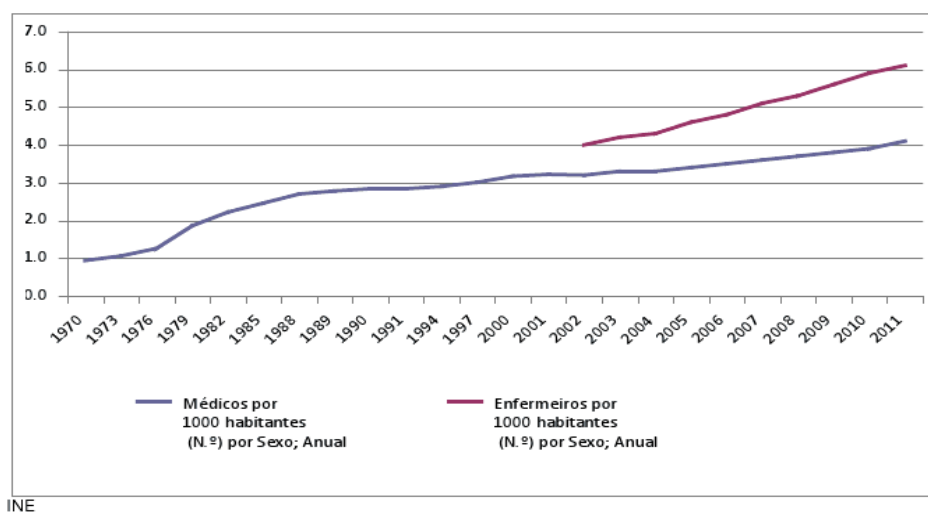
Fig.6 – Camas hospitalares por 1000 habitantes, 1984 e 2007

2.1.2. Recursos humanos

Analisando a componente de recursos humanos, constatou-se que nos últimos anos os profissionais de saúde têm aumentado em número, o que poderá ser justificado pelo aumento de especializações e aumento do número de vagas nos cursos superiores, pela abertura de novas Faculdades de Medicina, Escolas Superiores de Enfermagem, Institutos Politécnicos e Faculdades Privadas.

Em 2011 o rácio de médicos por mil habitantes foi de 4,1, quando em 1970 era cerca de 0,9. A mesma tendência, e até mais intensa, continuou a detetar-se no número de enfermeiros por mil habitantes, que alcançou o valor de 6,1 em 2011, sendo que em 2002 era de 4,0 (gráfico 6). O número de técnicos de diagnóstico e terapêutica também teve um aumento considerável, por exemplo o número de fisioterapeutas passou de 9,6 em 1999 para 12,9 em 2009 (gráfico 7).

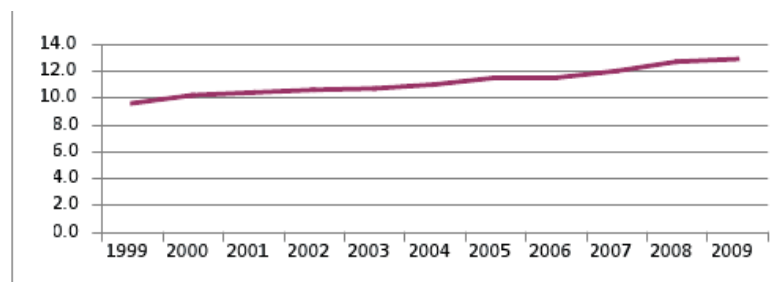
Gráfico 6 – Evolução do rácio médicos/enfermeiros ao serviço do SNS por 1.000 habitantes em Portugal entre 1970 e 2011



INE

Fonte: Elaborado a partir de INE

Gráfico 7 – Evolução do rácio fisioterapeutas ao serviço do SNS por 100 mil habitantes em Portugal entre 1999 e 2009

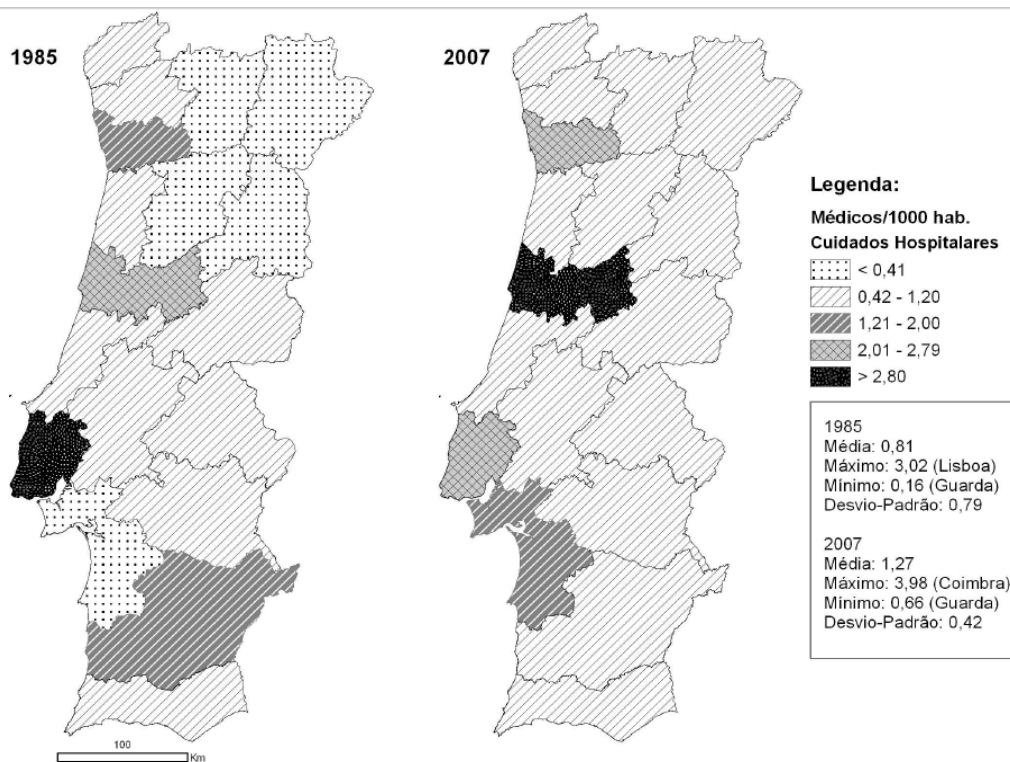


Fonte: Elaborado a partir de PORDATA

Analisando agora as diferenças entre a quantidade de médicos segundo o tipo de estabelecimento verifica-se que o número de médicos em cuidados hospitalares tem aumentado nos últimos anos em todos os distritos exceto Lisboa e Beja. Este aumento é particularmente visível no distrito de Coimbra.

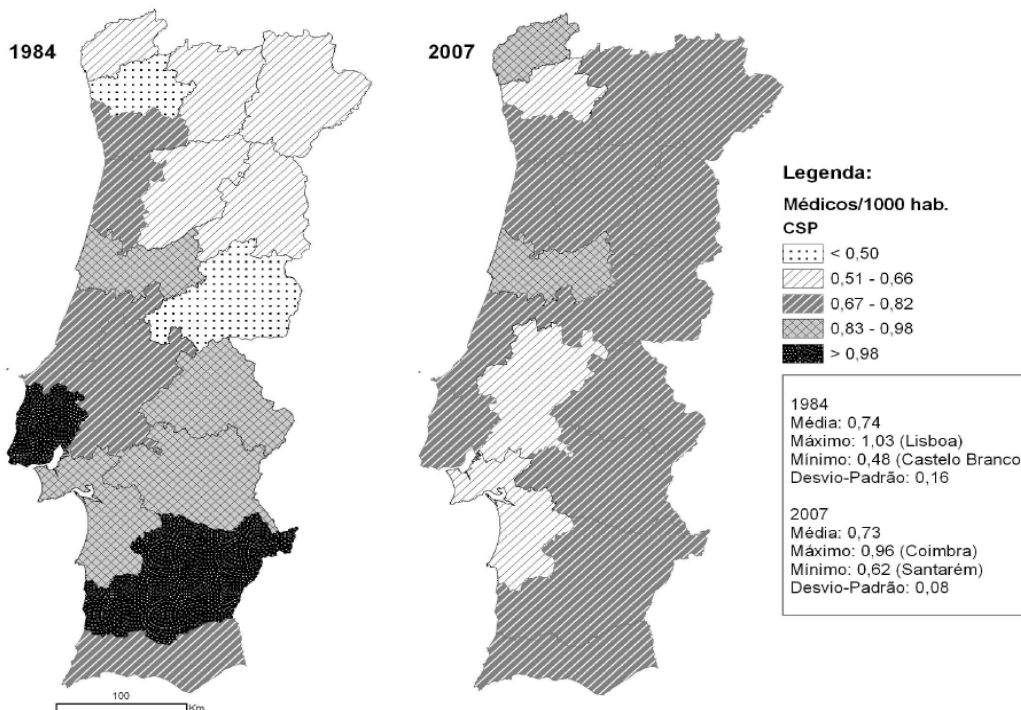
No caso dos CSP o número de médicos tem vindo a diminuir de modo ligeiro nos últimos 30 anos. Apesar disso, verifica-se uma melhor distribuição dos mesmos, registando-se a maior quebra no distrito de Lisboa e o maior aumento no distrito de Castelo Branco (Simões, 2010).

As variações geográficas destes indicadores, revelam grande heterogeneidade na distribuição de médicos, sendo esta visivelmente dependente da distribuição das unidades de saúde (figura 7 e 8).



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Fig.7 – Distribuição dos Médicos nos Cuidados Hospitalares por 1000 habitantes. Portugal Continental, 1985 e 2007



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Fig.8 – Distribuição dos Médicos nos Cuidados de Saúde Primários por 1000 habitantes. Portugal Continental, 1984 e 2007

Em 2007 o Alentejo apresentava o rácio mais baixo de médicos (0,97/1,000), sendo esta uma tendência já evidenciada em 1985. Lisboa e Vale do Tejo são as regiões que detêm os melhores valores médicos/1000 habitantes.

O número de especialidades detidas pelos médicos também aumentou ao longo dos anos, embora a um ritmo um pouco inferior ao crescimento do número de médicos. Destaca-se um aumento nas especialidades de pediatria, anestesiologia, pedopsiquiatria, ortopedia e cirurgia geral, segundo a informação da Ordem dos Médicos.

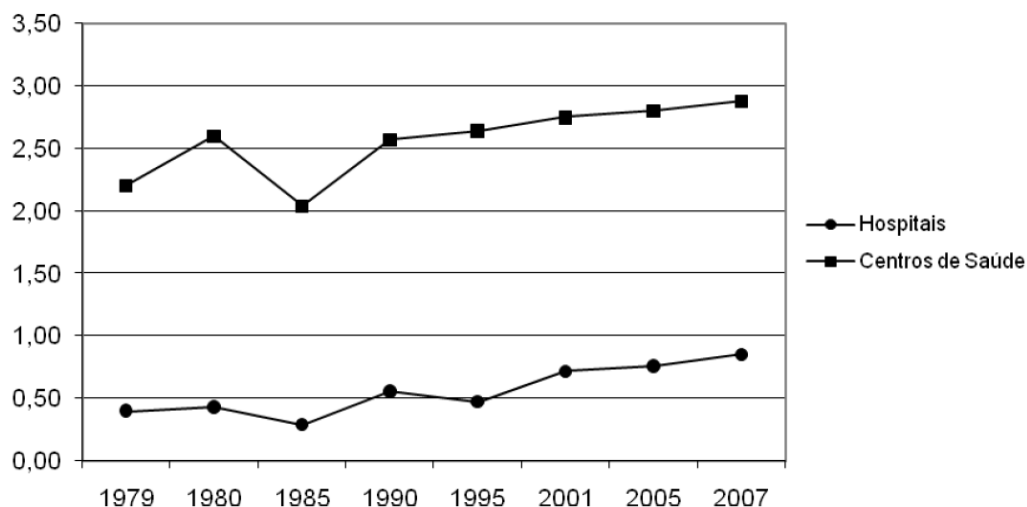
2.2. Principais indicadores de utilização dos cuidados de saúde

A utilização dos cuidados de saúde constitui um indicador relevante do estado de saúde das populações. O padrão de utilização dos serviços de saúde, fundamentalmente dos cuidados de saúde primários, dá valiosas indicações sobre a forma como as populações acorrem aos serviços e como estes interagem com as populações. Conhecer os aspetos quantitativos da utilização dos cuidados de saúde representa, assim, uma medida do estado de saúde das populações, pelo menos em termos relativos com outras necessidades, permitindo despistar fenómenos de sub ou sobreutilização de serviços. A convenção que se adota neste modelo é a de que a uma maior intensidade de utilização dos serviços de saúde, principalmente dos CSP, corresponde um melhor estado de saúde das populações (Santana *et al*, 2004). Havendo uma utilização dos cuidados de saúde, há então acesso da população ao seu potencial de saúde, permitindo esta utilização funcionar como fator preventivo de eventuais doenças e morbilidades.

Em 1979, a atividade do SNS correspondeu a cerca de 24 milhões de consultas em CSP e CSH e 4 milhões de atendimentos de urgência, representando uma média anual de 2,6 consultas e 0,5 urgências por habitante. Em 2007 estes números aumentaram exponencialmente, sendo que o número de consultas subiu para 37 milhões e o número de urgências para 11 milhões, o que corresponde a uma média de 3,7 consultas/ano e 1,1 urgências/ano por habitante.

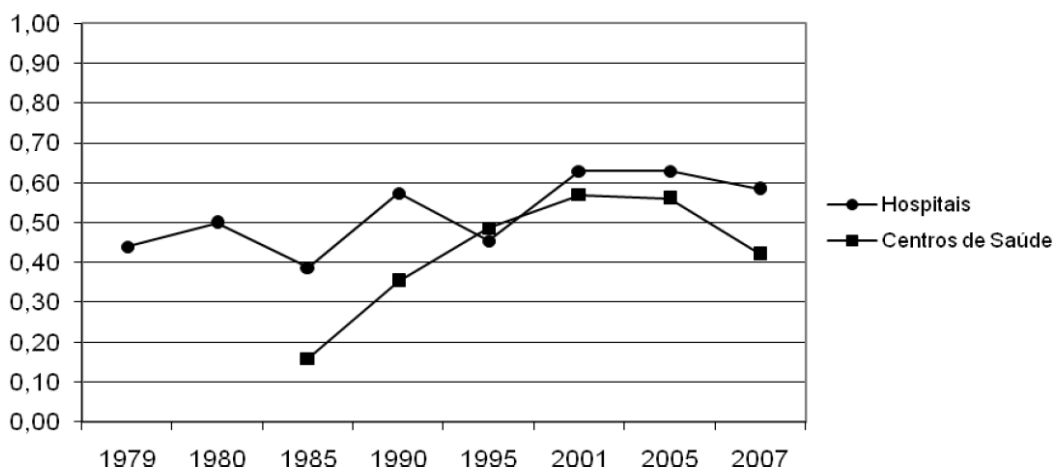
O número de atendimentos em ambulatório tem vindo a aumentar, tanto nos CSP como nos CSH, mantendo a tendência verificada desde os anos oitenta, com exceção de 1985 (Simões, 2010).

Gráfico 8– Consultas por habitante por tipo de Estabelecimento. Portugal Continental, 1979 – 2007.



Fonte: Elaborado a partir do INE, 1982, 1980, DEPS, 1988a, 1995 e DGS, 2004, 2007, 2009a

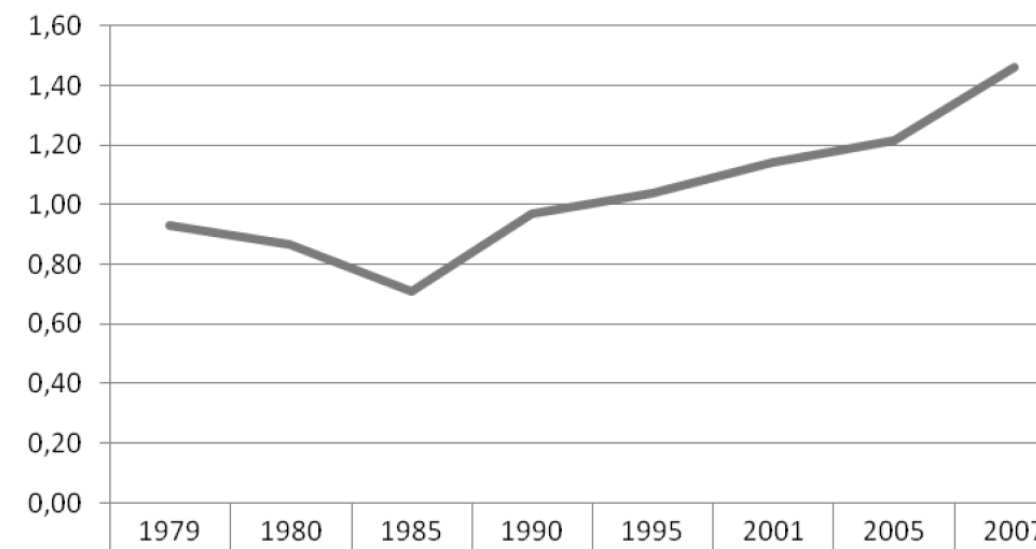
Gráfico 9– Urgências por habitante por tipo de Estabelecimento. Continente, 1979 – 2007.



Fonte: Elaborado a partir do INE, 1982, 1980, DEPS, 1988a, 1997 e DGS, 2004, 2007, 2009a

A razão entre o número de consultas e o de urgências hospitalares também tem aumentado nas últimas décadas, fundamentalmente pelo aumento das consultas as quais, em 1979, apresentavam um valor inferior ao das urgências e atualmente apresentam um valor superior ao das urgências. No entanto, ainda se continua a verificar um elevado número de pessoas que tiveram atendimento no serviço de urgência, 10.170.400 em 2007, sendo 41,85% nos CSP e 58,15% em hospitais (Simões, 2010).

Gráfico 10 – Consultas/Urgências nos CSH do SNS. 1979 – 2007.

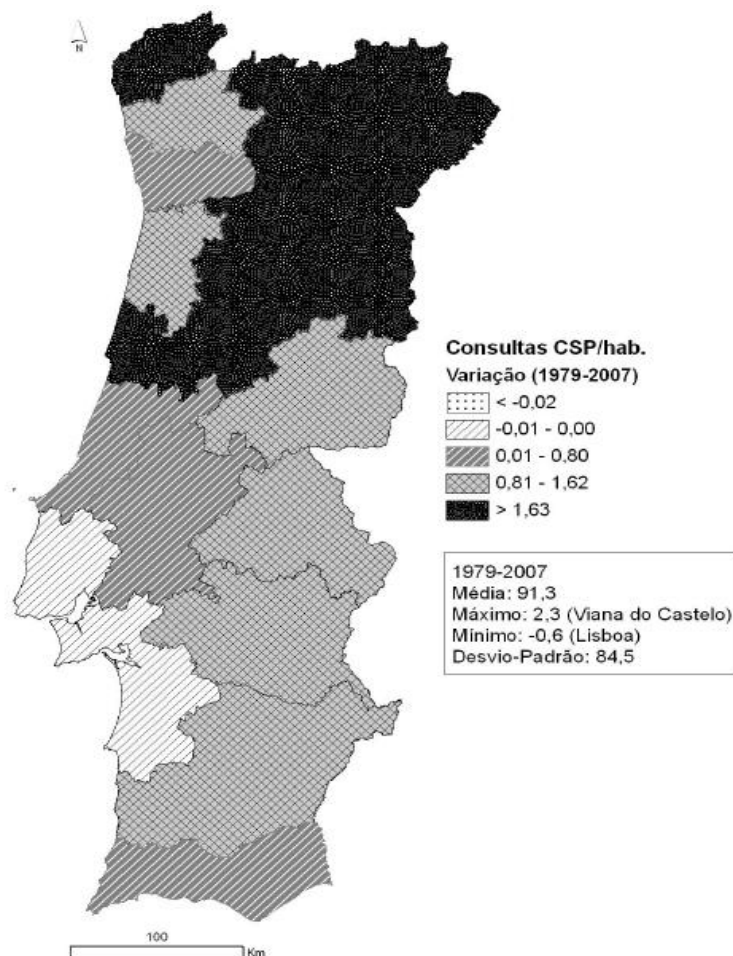


Fonte: Elaborado a partir de INE

Tendo em conta a atividade dos centros de saúde, destaca-se que as consultas de clínica geral são as que se apresentam em maior número, seguidas das consultas de saúde infantil, planeamento familiar e saúde materna, todas sofrendo um aumento significativo nos últimos anos. Já as consultas de especialidade tiveram um decréscimo acentuado.

Quanto às regiões de Saúde, entre 1979 e 2007, Alentejo e Centro são as regiões que apresentaram melhores valores de consultas por habitante nos CSP, sendo que apenas Lisboa e Vale do Tejo apresentam uma variação negativa entre os dois períodos analisados.

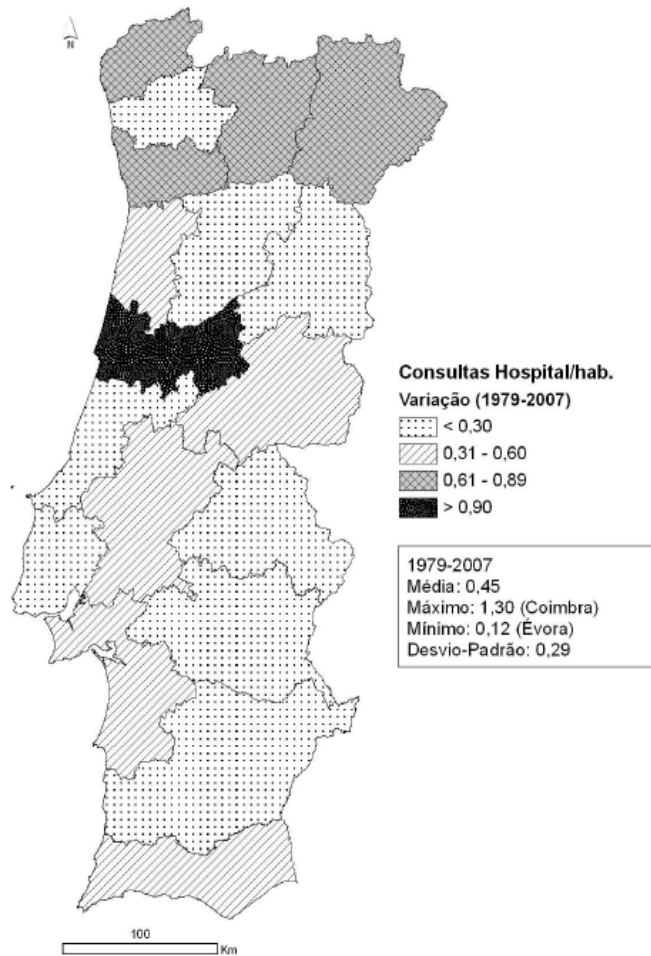
Verifica-se, ainda, que os Centros de Saúde continuam a atrair mais gente, genericamente em todas as áreas do País. As maiores taxas de utilização dos CSP verificam-se nos distritos localizados no interior do País (Simões, 2010).



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Fig.9– Variação do número de consultas nos CSP nos distritos do Continente entre 1979 e 2007

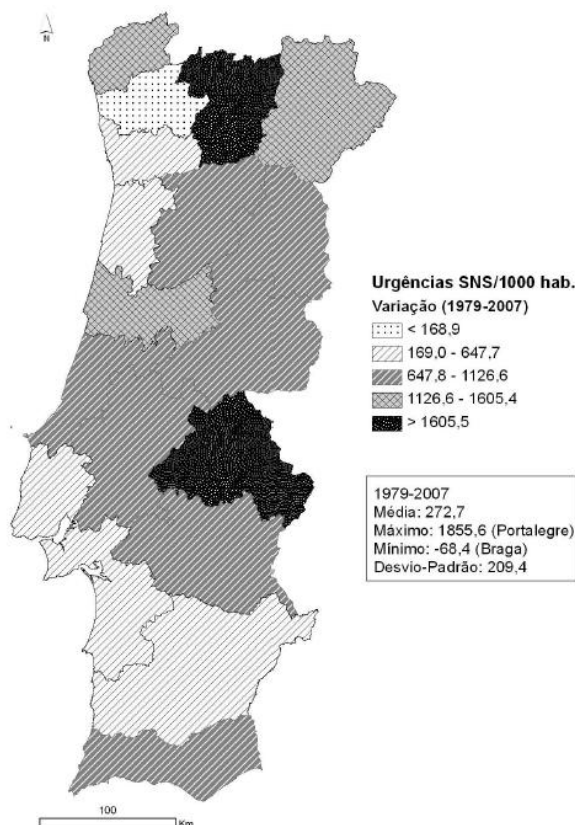
Considerando a utilização do hospital, verifica-se que o distrito de Coimbra, juntamente com os de Lisboa e Porto, são as áreas geográficas com mais consultas por habitante em 2007. Em oposição encontram-se os distritos de Braga, Guarda e Viseu, com menores ratios de consultas/habitante. As maiores variações percentuais entre 1979 e 2007 observam-se nos distritos da Região Norte, por oposição aos distritos do Alentejo (Simões, 2010).



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Fig.10 – Variação do número de consultas nos Hospitais nos distritos do Continente entre 1979 e 2007

Considerando o mesmo período de tempo, o número de doentes observados em urgências aumentou em todos os distritos, excetuando o de Braga. O maior crescimento verifica-se no distrito de Portalegre, seguido por Vila Real, Viana do Castelo e Bragança.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Fig.11– Variação do número de doentes observados nos serviços de urgência do SNS por 1.000 habitante nos distritos do Continente entre 1979 e 2007

3. Saúde das populações

A maior parte dos instrumentos de avaliação do estado de saúde consegue apenas medir desvios relativamente a um estado de saúde percecionado pelo próprio ou fornecem, concretamente, indicações sobre a ausência de saúde (de uma forma mais redutora) através da morte ou enfermidade (Bowling, 1995). Existem múltiplas influências relativamente aos resultados em saúde e, por isso, é necessário considerar um conjunto vasto de determinantes que contribuem para explicar o estado de saúde das populações, numa perspetiva integrada, matricial e holística. Ou seja, existe uma multiplicidade de fatores correspondentes a áreas diversas da vida coletiva e individual que explicam o estado de saúde coletivo de uma comunidade. Em síntese, pode dizer-se que o estado de saúde resulta e agrega circunstâncias de natureza biológica, física, psíquica, funcional e social (Vaz *et al*, 1994; Santana 1998; Santana *et al*, 2003).

Na avaliação da saúde das populações, o primeiro aspeto que deve ser considerado é a seleção dos indicadores que a influenciam e explicam e, em seguida, avaliar o impacto de cada um na saúde da população. Sendo assim de seguida vão ser analisados os tradicionais indicadores de esperança de vida, mortalidade, mortalidade infantil, anos de vida potencialmente perdidos, entre outros, evidenciando assim os ganhos em saúde ao longo das últimas décadas (Santana *et al*, 2004).

3.1. A esperança média de vida

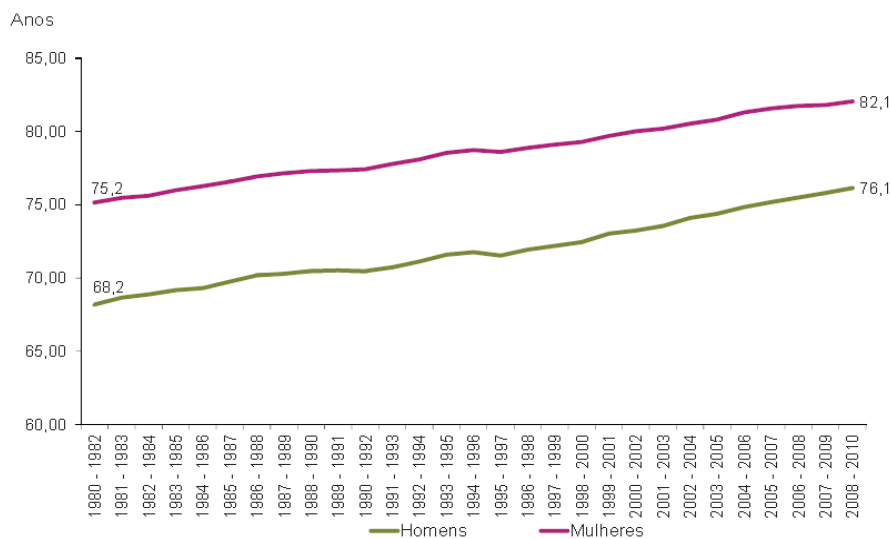
A esperança média de vida à nascença para a população portuguesa mais do que duplicou em menos de um século: em 1920, a esperança média de vida era de 35,8 anos e 40,0 anos, respetivamente para homens e mulheres, sendo, no final do século XX, de 73,03 anos 79,69, respetivamente.

Os ganhos na esperança de vida à nascença são mais evidentes na primeira metade do século XX, resultantes, sobretudo, do declínio acentuado da mortalidade nos primeiros anos de vida. Nas últimas décadas, verificou-se uma redução progressiva no ritmo de crescimento deste indicador, beneficiando, cada vez mais, de ganhos provenientes do aumento da sobrevivência em idades avançadas.

Desde 1980-1982 até ao triénio 2008-2010 a esperança média de vida à nascença aumentou 7,42 anos no total, tendo aumentado 7,95 anos para homens e 6,90 anos para mulheres.

Para o período 2008-2010, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 79,20 anos para ambos os sexos, sendo de 76,14 anos para homens e 82,05 para mulheres (INE, 2010).

Gráfico 11 – Esperança média de vida à nascença por sexo em Portugal 1980-1982 a 2008-2010

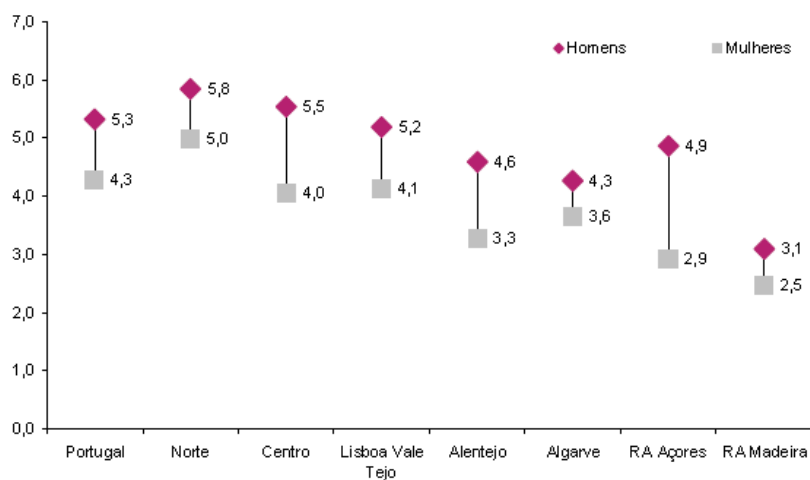


Fonte: INE

É no Centro que tanto homens como mulheres viviam em média, em 2008/2009, o maior número de anos (76,5 anos e 82,2 anos, respetivamente).

Os maiores ganhos em termos de esperança média de vida observaram-se, entre 1991 e 2009, no Norte e quantificaram-se em 6,7 anos para os homens e 5,7 anos para as mulheres. Em oposição, os menores ganhos ocorreram na Região Autónoma da Madeira (3,5 nos homens e 2,4 anos nas mulheres) (Carrilho *et al*, 2010).

Gráfico 12- Ganhos em esperança média de vida à nascença (anos) em Portugal, NUTS II entre 1991 e 2009



Fonte: INE

3.2. A mortalidade

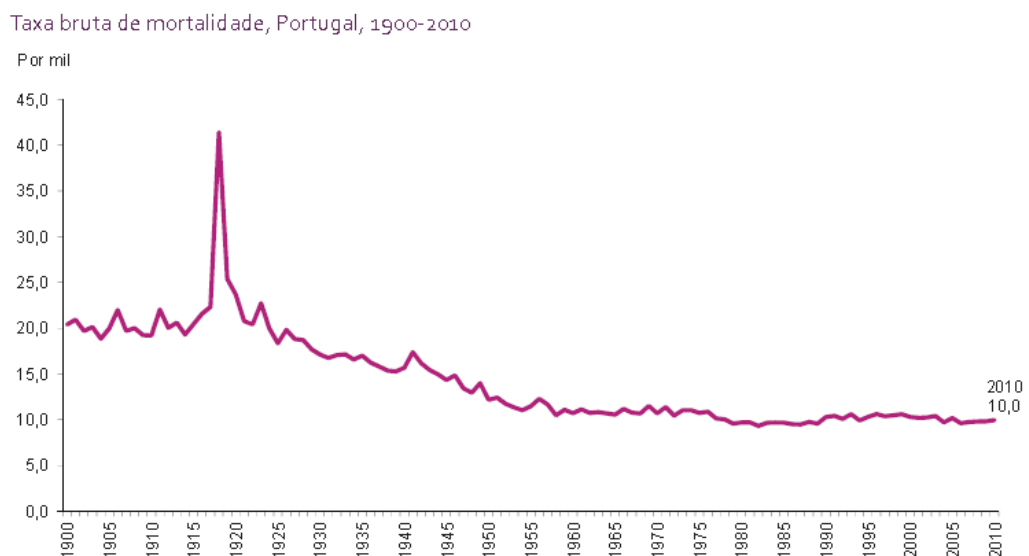
A taxa de mortalidade traduz, ainda que, indiretamente o estado de saúde das populações.

Em Portugal, se se excluir a mortalidade observada em 1918, quando a taxa bruta de mortalidade atingiu um valor excepcional de 41,4 óbitos por mil habitantes devido à epidemia da gripe, a tendência da taxa bruta de mortalidade tem sido essencialmente decrescente, embora de forma menos intensa a partir da segunda metade do século XX, altura em que este valor tende a estabilizar em torno dos 10 óbitos por mil habitantes (INE, 2010).

É na diminuição da mortalidade e sobretudo no modelo de mortalidade por idades que se encontra a causa explicativa do envelhecimento no topo da pirâmide por idades. De facto os ganhos alcançados tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas.

Os anos 70 do século XX foram os anos de grande progresso no campo da mortalidade para os países da comunidade europeia, embora com ritmos diferentes. A baixa da mortalidade implica todo um processo em que interagem os fatores biológicos e o ambiente. Por outro lado, muitas doenças tornaram-se crónicas como é caso da Sida (Carrilho *et al*, 2010).

Gráfico 13–Taxa bruta de mortalidade Portugal entre 1900 e 2010



Fonte: INE

Em 2010 registaram-se 105 954 óbitos de indivíduos residentes em Portugal, mais 1520 (1,5%) do que em 2009. Da totalidade dos óbitos registados em 2010, a maior parte – 66,8% - ocorreu entre indivíduos com idades iguais ou superiores a 75 anos (INE, 2010).

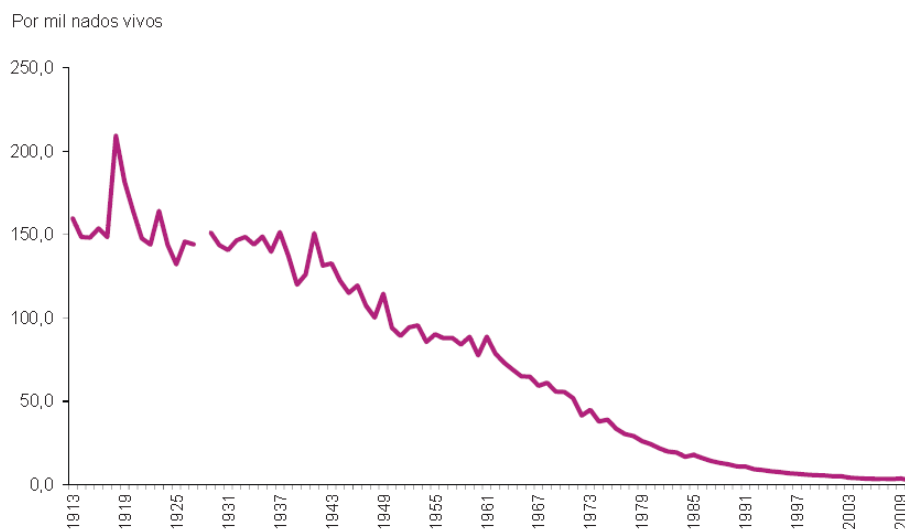
3.2.1. Mortalidade infantil

Considerando agora as variações na taxa de mortalidade infantil, observa-se que a mortalidade infantil sofreu um considerável decréscimo ao longo do século XX, atingindo nos últimos anos os valores mais baixos de sempre. De facto, se em 1913 se registaram 30 947 óbitos com menos de 1 ano, representando 25% da totalidade dos óbitos observados naquele ano, em 2010 este valor atingiu o mínimo de sempre (256 óbitos observados durante o primeiro ano de vida).

No decréscimo observado ao longo do século XX e início do século XXI, distinguem-se algumas etapas relevantes. Até ao início da década de quarenta verificaram-se taxas de mortalidade infantil acima de 130‰, existindo uma certa estabilidade na evolução deste indicador. As décadas de cinquenta, sessenta e setenta caracterizaram-se por um ritmo de declínio muito acentuado, tendo a taxa de mortalidade infantil variado entre 88,7‰ e 26,0‰. Nas décadas de oitenta e noventa, o ritmo de decréscimo atenuou-se, atingindo o valor de 5 óbitos por mil nados vivos em 1999. Nos primeiros anos do século XXI, apesar de se ter registado um ténue acréscimo da mortalidade infantil de 2006 para 2007 e de 2008 para 2009, continuaram a registar-se progressos na mortalidade no primeiro ano de vida.

Em 2009 registou-se um aumento de 22 casos no número de óbitos no primeiro ano de vida. Apesar de este aumento ser ligeiro, o facto de ser acompanhado de uma redução no número de nascimentos resultou num ligeiro aumento da taxa de mortalidade infantil, que passou de 3,3‰ em 2008 para 3,6 óbitos por mil nados vivos em 2009. Em 2010, registaram-se 256 óbitos de menos de 1 ano de mães residentes em Portugal e a taxa de mortalidade infantil foi de 2,5‰, atingindo os valores mais baixos de sempre registados em Portugal (INE, 2010).

Gráfico 14—Taxa de mortalidade infantil Portugal entre 1913 e 2010



Fonte: INE

Este êxito obtido na diminuição da taxa de mortalidade infantil, que engloba também a mortalidade neonatal e perinatal, deve-se certamente, a iniciativas várias como a criação do Serviço Médico à Periferia e a colocação de especialistas das áreas da Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria a nível distrital, o incremento do Diagnóstico Pré-Natal e do parto intra-hospitalar, o desenvolvimento do Programa Nacional de Vacinação e do Programa-Tipo em Saúde Infantil e Juvenil, o estabelecimento e reforço das Consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil e à criação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), para além da melhoria das condições de salubridade e conforto dos residentes.

Também se verificaram reduções muito fortes na taxa de mortalidade materna. Hoje, quase não são registados óbitos maternos. Para isso têm contribuído algumas ações desenvolvidas no âmbito do SNS, com destaque para o Programa de Saúde Materno-Infantil, o incremento do número de partos assistidos por profissionais especializados e, ainda, a diminuição das complicações por aborto, designadamente após a despenalização da interrupção voluntária da gravidez (Simões, 2010).

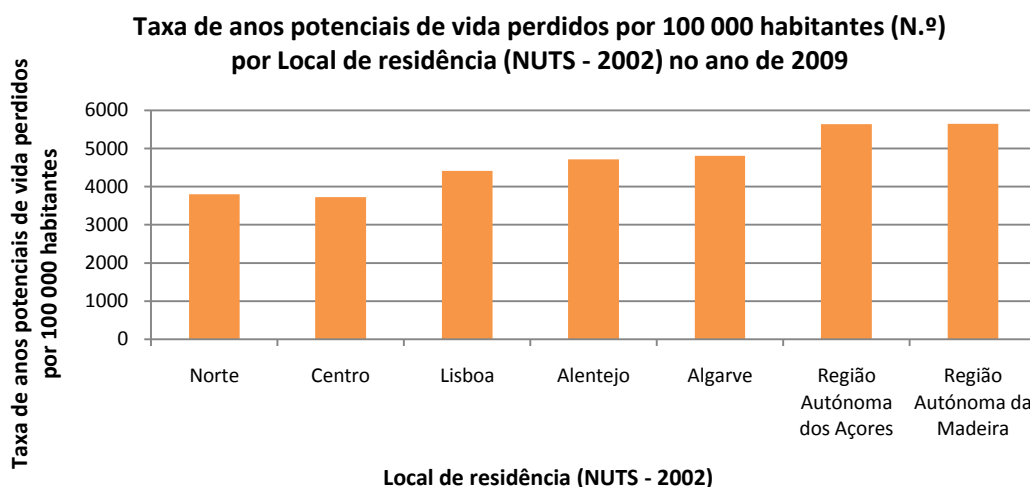
3.2.2. Anos de vida potencialmente perdidos

Outro indicador utilizado para a aferição do estado de saúde das populações é a taxa de anos de vida potencial perdidos (AVPP) até aos 70 anos de idade. Através do cálculo do número de AVPP pretende-se fazer a análise daquilo que é chamado de mortalidade precoce ou prematura (ACSS, 2010).

O número de óbitos antes dos 70 anos, em Portugal Continental, diminuiu entre 1980 e 2006: de 39.933 passou para 28.191, representando uma quebra de quase 30%. Segundo dados de 2005, cada indivíduo que morreu antes dos 70 anos de idade perdeu, em média, 16,2 anos (Simões, 2010).

Ao analisar o estado de saúde das populações através deste indicador verificam-se profundas desigualdades entre as diferentes regiões, indiciando a existência de desigualdade em saúde entre as mesmas (ACSS, 2010).

Gráfico 15 – Taxa anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes, por local de residência, Portugal 2009 (Fonte: INE, 2012)



3.2.3. Mortalidade “evitável”

As taxas padronizadas de mortalidade e, assim como, dos anos de vida potencialmente perdidos fornecem informação de grande relevância para a definição das necessidades em saúde segundo o género, grupo de idade ou área geográfica. Estes indicadores podem ser complementados com outros que são mais específicos, como por exemplo o indicador de causas de mortes “evitáveis”, que integra causas de morte

selecionadas na sequência de investigações realizadas sobre um conjunto de doenças, incapacidades e óbitos prematuros considerados como “evitáveis”, se fossem tomadas em consideração as possibilidades existentes na época quer ao nível preventivo quer ao nível curativo (Simões, 2010).

Na sequência das pesquisas desenvolvidas por vários autores, o método do indicador de mortalidade “evitável” considerou-se validado no contexto sanitário Sueco, Belga e para a União Europeia, em geral. Também em Portugal, Botelho e outros (1993) apresentam o Atlas da Mortalidade Evitável para o período de 1980-1989, e confirmam que este indicador é de grande relevância na elaboração do diagnóstico da situação sanitária, tornando-se indispensável no planeamento das atividades da saúde. Este facto resulta de terem sido seleccionadas causas de morte que faziam variar os grupos de idade e o sexo, tendo em comum o facto de serem consideradas “evitáveis” se determinados procedimentos preventivos e ou curativos tivessem ocorrido tempestivamente (Santana *et al*, 2004).

Tendo em conta que todos os autores argumentam que a geografia da mortalidade “evitável” ilustra uma fase que serve de suporte à planificação dos recursos médico-hospitalares e à promoção da saúde, considerou-se relevante a aplicação desse indicador em Portugal. Sendo assim é importante conhecer o padrão de distribuição geográfica, sexo e grupo de idade, evidenciando áreas geográficas e grupos onde se verificam valores de mortalidade “evitável” que se situam significativamente acima do valor esperado e que poderiam ter sido evitados quer através da intervenção dos cuidados médicos que através de intervenções multisectoriais com resultados positivos na saúde situadas, maioritariamente, a montante (prevenção e promoção) (Santana, 2003).

Em Portugal continental, no período 1989-93, as mortes “evitáveis” representavam cerca de 47,1% das mortes prematuras, e em 2003-2005, este valor desceu para 34,5%. Considerando o total das causas de morte “evitáveis”, verificou-se que em quase todos os grupos de idade morrem mais homens do que mulheres.

As causas de morte que mais afetam as mulheres, quando comparadas com as dos homens, são algumas que poderão vir a ser evitadas pela prevenção secundária (infecções gastrointestinais, tuberculose, cardiopatias reumáticas crónicas) e outras, específicas das mulheres (cancro da mama feminina, cancro do colo e corpo do útero). Todas as outras causas de morte “evitáveis”, reportadas pelos autores, como sensíveis aos

cuidados de saúde têm valores mais altos no sexo masculino, com destaque para as doenças cerebrovasculares, úlcera péptica e mortalidade infantil. Todas as causas de morte “evitáveis” que são sensíveis à promoção da saúde e prevenção da doença registam os valores mais altos no sexo masculino (i.e. cancro da traqueia, brônquios e pulmões, doença isquémica do coração, cirrose do fígado e acidentes por veículo a motor).

Em ambos os sexos os valores mais altos localizam-se nas idades que ocupam a base e o topo dos grupos de idades consideradas. Até ao primeiro ano de vida, em cada 100.000 habitantes morreram 969 do sexo feminino e 1.241 do sexo masculino. No sexo masculino sobressai, ainda, o grupo de idade dos 20 aos 24 anos, por terem morrido 84 em cada 100.000 residentes. Embora as diferenças entre os sexos sejam elevadas em todos os grupos de idade, elas começam a evidenciar-se no grupo dos 15 aos 19 anos (nas mulheres é de 11 e nos homens de 63 mortes em cada 100 000).

Considerando agora a mortalidade “evitável” segundo a Região de Saúde vai-se dividir os óbitos em dois grandes grupos. O primeiro grupo é relativo às causas de morte sensíveis à prevenção secundária e o segundo agrega os óbitos sensíveis à promoção da saúde e prevenção da doença.

Quanto à mortalidade por todas as causas sensíveis aos cuidados de saúde registam-se ganhos assinaláveis na diminuição do número de óbitos e das taxas de mortalidade por 100.000 habitantes, entre 1989-93 e 2003-05. Genericamente verifica-se um agravamento para a Região de Lisboa e Vale do Tejo e os piores valores encontram-se no Algarve. Os melhores valores foram encontrados na Região Centro.

No caso da mortalidade por todas as causas sensíveis à promoção da saúde e prevenção da doença, no período 1989-93 o Centro, Lisboa e Algarve eram as áreas de risco para ambos os sexos, mantendo-se o mesmo padrão no período 2003-05 à exceção da Região Centro para o sexo feminino. Os melhores valores para a população masculina são os da Região Norte, em ambos os períodos. No caso da população feminina os melhores valores registam-se no Alentejo, em 1989-93, e no Centro, em 2003-05.

Analisando agora a mortalidade por todas as causas de morte “evitável”, esta tem um padrão semelhante ao referido no ponto anterior: Lisboa e Vale do Tejo com valores significativamente elevados em ambos os sexos. No caso da população masculina,

observam-se valores muito elevados no Alentejo e Algarve. Como seria de esperar, tendo em conta os resultados dos pontos anteriores, os melhores valores são os do Centro e Norte.

De uma maneira geral entre 1989-1993 e 2003-2005 verifica-se ter havido ganhos em saúde pela diminuição das mortes “evitáveis” em ambos os sexos.

Este facto evidenciou-se em todas as Regiões, destacando-se o Algarve e a Região Centro. Todavia, em 2003-2005, as Regiões do Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve registam os piores valores percentuais de mortes evitáveis no total de mortes prematuras, com valores acima da média do Continente, evidenciando-se como as áreas geográficas onde os ganhos em saúde foram menores.

As variações na mortalidade observada entre áreas geográficas pode resultar da variação na colheita de dados (por exemplo: diagnóstico, certificação e codificação do óbito), mas pode, por outro lado, revelar uma desigual distribuição da incidência ou prevalência das patologias, ou, ainda, variações geográficas na prestação, eficiência e efetividade dos serviços de saúde. Para algumas das causas de morte nas quais a morbidade e a mortalidade pode ser evitada (por exemplo: infeções em crianças, tuberculose, mortalidade materna) a incidência e a prevalência são influenciadas pela disponibilidade e uso apropriado de serviços de prevenção primária das doenças e ações multisectoriais de promoção da saúde.

Não se pode ignorar o facto de em Portugal existirem tendências geográficas do indicador mortalidade “evitável”, segundo a evidência de Regiões, em que o indicador é significativamente superior ao valor de referência. Ao nível das tendências geográficas é revelada uma geografia desfavorável no Norte e em Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. Sendo assim, a Região Norte revela-se como área de “sinal de alerta”, à qual se junta a Região de Lisboa e Vale do Tejo e o Algarve, por terem sido observados valores estatisticamente acima do valor padrão, principalmente nas causas de morte sensíveis à prevenção primária.

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde (com impacto na promoção e prevenção de doenças e causas de morte) reforçam as desigualdades sociais e são em parte responsáveis pelas disparidades no estado de saúde, principalmente no Norte, mas também em Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.

As diferenças que se observaram entre as Regiões e sub-regiões ao nível dos resultados em saúde - concretamente no indicador mortes “evitáveis” leva a optar por políticas mais apropriadas de acordo com as especificidades regionais.

Até agora, têm-se tentado desenvolver medidas que se orientem no sentido de fazer diminuir as desigualdades sociais e económicas entre os grupos (exposição aos riscos no trabalho, diminuir as diferenças entre os rendimentos). No entanto, as medidas/ações devem-se redirecionar no sentido de melhorar também a oferta e o acesso aos cuidados de saúde aos grupos mais desfavorecidos (rurais, isolados, pobres).

São necessárias mais investigações de forma a concluir as áreas de maior incidência e, ainda, os processos que envolvem a mobilidade da população e que poderão estar na origem de possíveis erros de interpretação.

Estas devem reconsiderar as dimensões da população e das comunidades, de forma a clarificar quais são, de entre as condições físicas e sociais do local onde os indivíduos passam a maior parte do seu tempo, as que são responsáveis pelos resultados em saúde. Sally Macintyre (1997) anuncia as que considera mais relevantes: a) características físicas do ambiente partilhadas por todos os residentes; b) oferta (disponibilidade) de ambiente saudável em casa, nos locais de trabalho e de recreio; c) serviços privados e públicos oferecidos para assegurar as necessidades de bem estar do dia a dia; d) aspetos socioculturais em geral; e) reputação da área (Santana, 2003).

3.3. Comparação de indicadores de saúde

As necessidades de saúde de uma população traduzem-se numa procura de cuidados de saúde, o que a par de outros fatores, implica crescentes volumes de despesa gastos no setor.

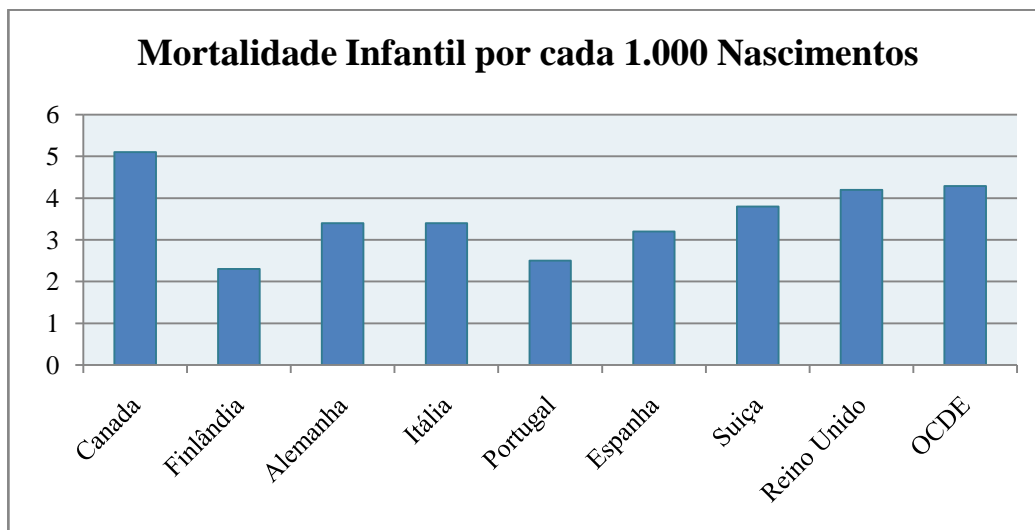
Diferentes países têm utilizado formas distintas de organização para assegurar que os fundos necessários para financiar essas despesas sejam obtidos.

É importante antes de comparar os gastos com saúde em Portugal com a de países desenvolvidos e com a média da OCDE, analisar o perfil de alguns indicadores de saúde pertinentes.

A mortalidade infantil é um dos indicadores de saúde mais importantes, e observando dados de 2010 verifica-se que os valores da mortalidade infantil por cada 1.000 nascimentos em Portugal se encontra bastante abaixo da média da OCDE, sendo o

valor de Portugal apenas superado pelo da Finlândia, onde se verifica o valor mais baixo entre o grupo de países analisado.

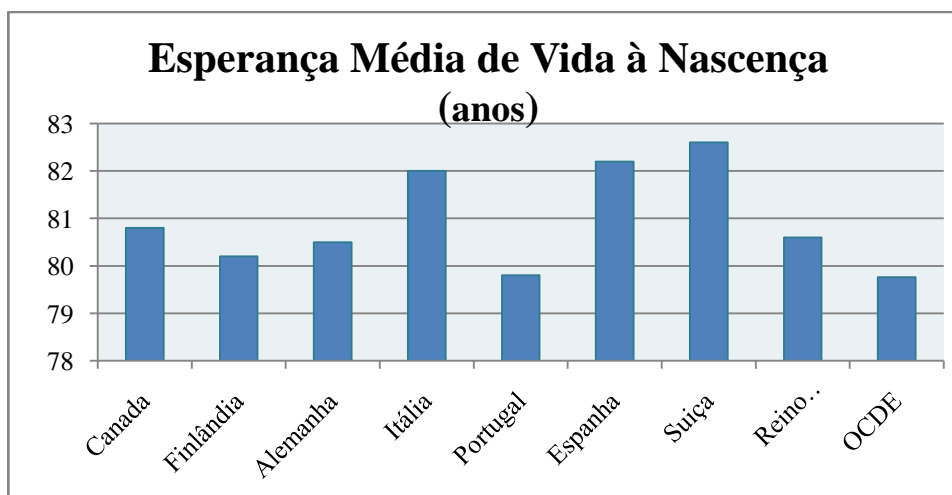
Gráfico 16 – Mortalidade Infantil por cada 1.000 nascimentos.



Fonte: OCDE, 2010

Nos valores de esperança média de vida à nascença em 2010, Portugal encontra-se dentro da média da OCDE, no entanto com uma esperança média de vida sensivelmente inferior a países como Itália, Espanha e Suíça.

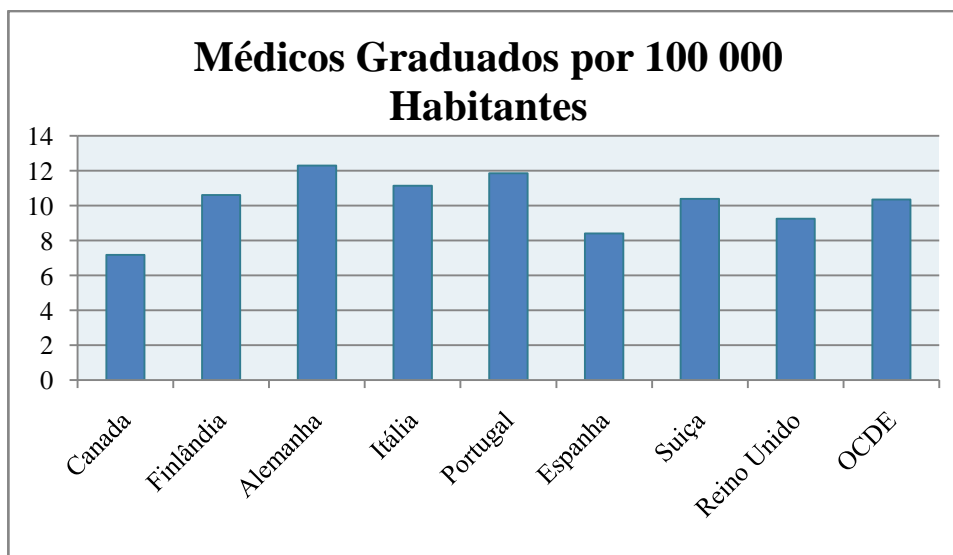
Gráfico 17 – Esperança média de vida à nascença (anos).



Fonte: OCDE, 2010

Em relação aos médicos graduados por 100 000 mil habitantes observa-se que em 2010 a média deste indicador em Portugal ultrapassava a média da OCDE, sendo que no grupo de países analisados apenas a Alemanha ultrapassava o valor português.

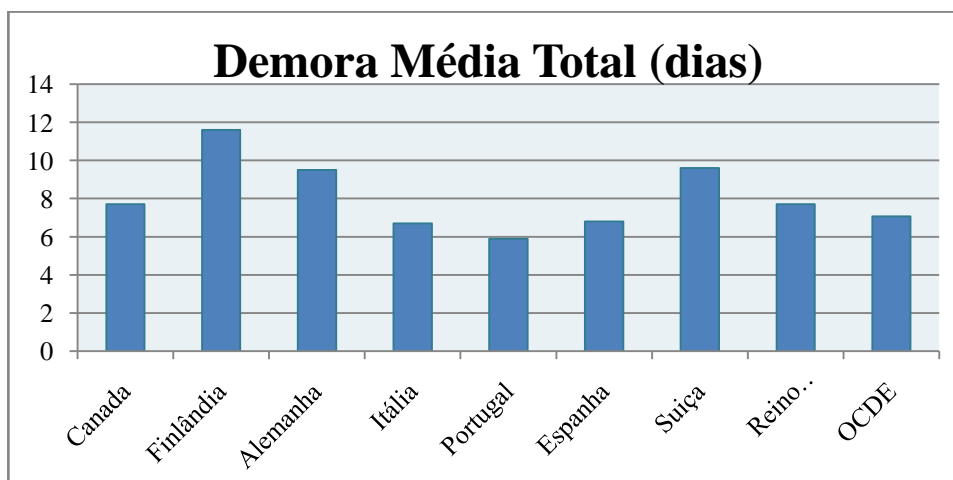
Gráfico 18 – Médicos graduados por 100 000 habitantes



Fonte: OCDE, 2010

Quanto à demora média de internamento hospitalar (em dias) Portugal encontra-se a baixo da média da OCDE, e dos restantes países analisados. Ora isto em termos de custos com a saúde é positivo uma vez que quanto menos tempo o utente está internado menor é o custo associado ao seu tratamento.

Gráfico 19 – Demora média hospitalar total (dias)



Fonte: OCDE, 2010

Todos estes indicadores mostram portanto a eficiência do sistema de saúde nos diferentes países, sendo que os valores portugueses não se encontram muitos distantes dos da média da OCDE, o que não significa que não sejam necessárias melhorias no sistema nacional de saúde tendo em conta outros indicadores de acessibilidade aos cuidados de saúde e os custos associados.

4. Modelo de financiamento

Em Portugal, assim como em Espanha, Reino Unido, Irlanda, Suécia, Dinamarca e Itália, o SNS é inspirado no relatório *Beveridge* de 1942, baseando-se no princípio da cobertura universal, com financiamento maioritário obrigatório pela via dos impostos.

Sendo assim a gestão institucional do SNS é pública, podendo a prestação ser pública ou, cada vez mais, contratualizada com privados. Geralmente, os cuidados de saúde são gratuitos ou quase gratuitos no momento de acesso, havendo também alguns copagamentos e taxas moderadoras. O Estado comparticipa também na aquisição de alguns medicamentos sujeitos a receita médica. A propriedade das unidades prestadoras é normalmente pública e o financiamento é assegurado por um organismo público que recebe do Orçamento do Estado as verbas de que necessita (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

A intervenção pública no setor da saúde, nomeadamente no financiamento é, sem dúvida, necessária e pode ser explicada por várias razões. Primeiro, porque sendo a saúde um bem social, é necessário garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos cuidados de saúde, não devendo por isto esse acesso depender da capacidade de pagar de cada um. Segundo, porque um tratamento não adequado num indivíduo pode ter um impacto significativo no resto da sociedade. E, por último, é necessário analisar os custos sociais da doença, uma vez que uma população saudável trabalha melhor, logo permitirá uma maior produção e riqueza para a economia. Deste modo o financiamento é como que um investimento que trará um retorno positivo (Simões, 2010).

O financiamento da saúde constitui um dos problemas mais sérios que se colocam nos países da OCDE. Isto porque os sistemas de saúde têm-se debatido com um crescimento constante da despesa em saúde. Portugal tem acompanhado essa tendência, com a despesa em saúde a crescer a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, representando em 2008 já 10% do PIB, segundo dados do INE. Se não forem adotadas

medidas de contenção dos gastos, a percentagem das despesas públicas com saúde no PIB quase duplicará até 2050, de acordo com um estudo realizado em 2006 pela OCDE (APS, 2009).

Em Portugal esta questão ainda é mais complexa pois apesar da cobertura do SNS, as despesas com saúde das famílias são também relevantes, e mais elevadas do que a média europeia. Em 2008, os pagamentos diretos das famílias representavam 29% do total de despesa em saúde que, segundo a OMS, está muito acima do valor considerado ideal, por deixar muita gente sem acesso a cuidados (Jornal de Negócios, 2010).

O FMI estima que Portugal é o país do euro cuja evolução futura dos custos com a saúde mais pesará nas contas públicas. Trata-se de um dos valores mais elevados entre os países desenvolvidos, sendo cinco vezes superior ao estimado para a Segurança Social (Jornal de Negócios, 2012).

Num cenário de inovação tecnológica e terapêutica constante, associada a um progressivo envelhecimento da população e a um aumento da esperança de vida conseguido à custa da inovação clínica e do maior consumo de recursos clínicos, em conjugação com as crescentes expectativas dos cidadãos face aos cuidados de saúde prestados, torna-se emergente analisar a evolução da despesa com saúde, discutir o sistema de financiamento e a sustentabilidade do SNS, e avaliar a eficiência obtida na prestação de cuidados de saúde.

4.1. Evolução dos gastos com saúde

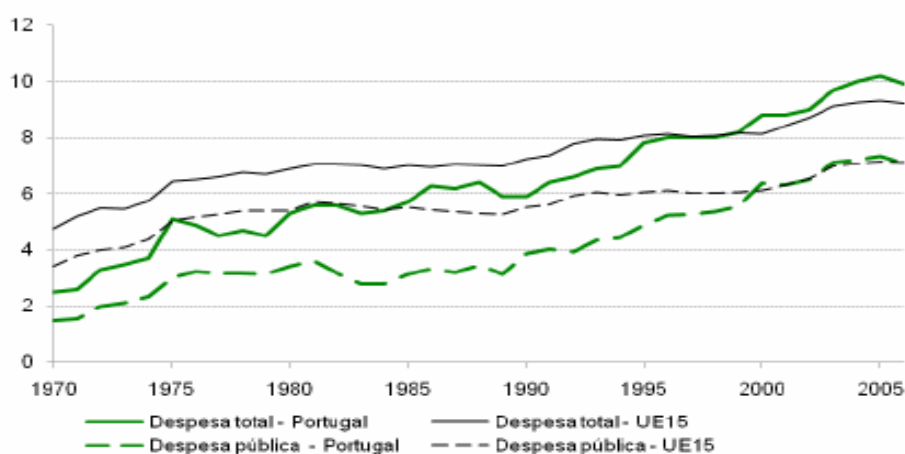
As despesas reais de saúde cresceram em Portugal, nos últimos 15 anos, sempre mais do que o PIB e a um ritmo relativo superior ao da OCDE. A despesa total em saúde é superior a 10% do PIB (duplicou em 10 anos) o que contrasta, por excesso, com a média dos países da OCDE de 8,9%. Só a componente da despesa pública representa mais de 70% desse valor atingindo 26% da despesa corrente do Estado, em cada ano. Em sentido contrário se manifesta a despesa *per capita* que é cerca de 75% da média dos países da OCDE, o que evidencia o enorme impacto da reduzida dimensão do PIB nacional na análise de alguns indicadores (IFSC, 2009).

O aumento sistemático das despesas de saúde tem vindo a ocorrer em todos os Países da UE embora o aumento em Portugal tenha sido sempre, desde 1995, superior à média europeia. Segundo a OCDE este aumento resulta da combinação de fatores como

o aumento da esperança média de vida, o aumento do rendimento médio *per capita*, o progresso tecnológico e científico e o aumento da cobertura pública de cuidados de saúde (IFSC, 2009).

Entre 1980 e 2006 os gastos com a saúde subiram de 5,6% para 9,5% do PIB, enquanto que o peso dos gastos públicos com saúde no PIB subiu de 3,6% para 7,1% (OCDE, 2009).

Gráfico 20 – Tendências de crescimento da despesa em saúde

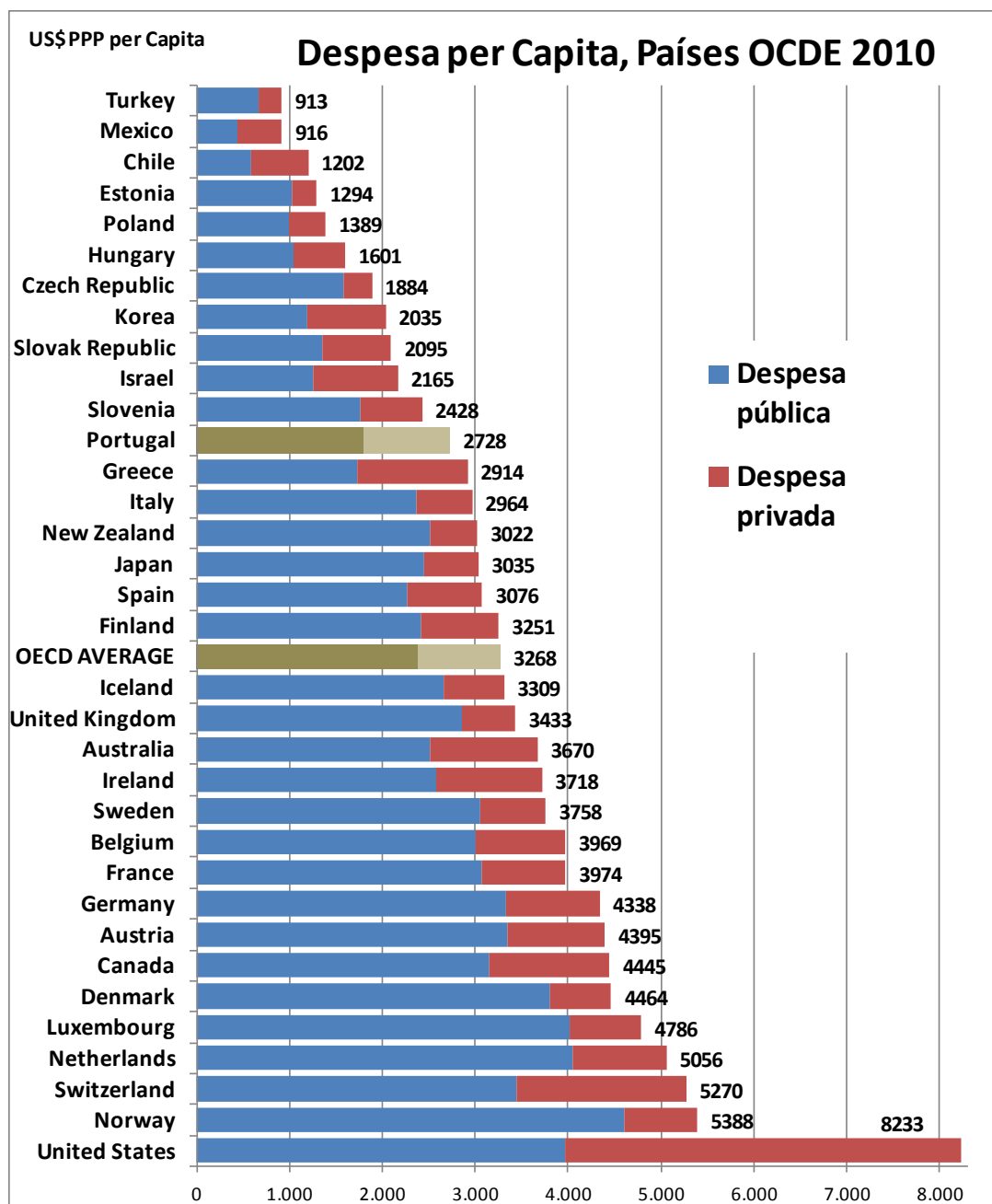


Fonte: OCDE, 2009

Se olharmos para esta informação, podemos concluir que, em termos de peso da Saúde no PIB, em 2006 Portugal tinha já passado a média europeia (no mesmo ano, a média da UE15 foi de 9,2%). No entanto, há que ter em conta, que o PIB português *per capita* é substancialmente mais baixo do de outros países, pelo que os nossos gastos anuais com Saúde estão, de facto, em termos absolutos e *per capita*, muito abaixo da média da União Europeia. Em 2006, por exemplo, o gasto *per capita* em Portugal era de €1.395, enquanto que na Alemanha era de €2.494, no Reino Unido era de €2.590, na Grécia era de €1.753, e em Espanha era de €1.579 (CEA, 2008). Tendo em consideração que os preços de equipamentos e medicamentos são semelhantes aos dos outros países europeus, veremos que o custo por intervenção não anda muito longe do que se passa em países mais ricos (APS, 2009).

Em 2010, a percentagem da despesa pública nos gastos em saúde por parte dos cidadãos portugueses é das mais baixas entre 34 países da OCDE. O valor é quase idêntico à média da OCDE, só que para ela contribuem valores muitos díspares (no México, o Estado suporta 50% das despesas e em França 92,8%).

Gráfico 21 – Despesa total (pública e privada) com saúde, *per capita* nos países da OCDE (2010)



Fonte: OCDE, 2012

Um estudo da OCDE que equaciona como, e se, 30 dos seus 33 membros podem melhorar a eficiência das despesas em saúde, mostra que em Portugal a despesa pública em saúde não tem grandes desperdícios e que será difícil ser muito mais eficiente. Afinal, Portugal até foi dos melhores a usar esses gastos desde 1990 para aumentar a

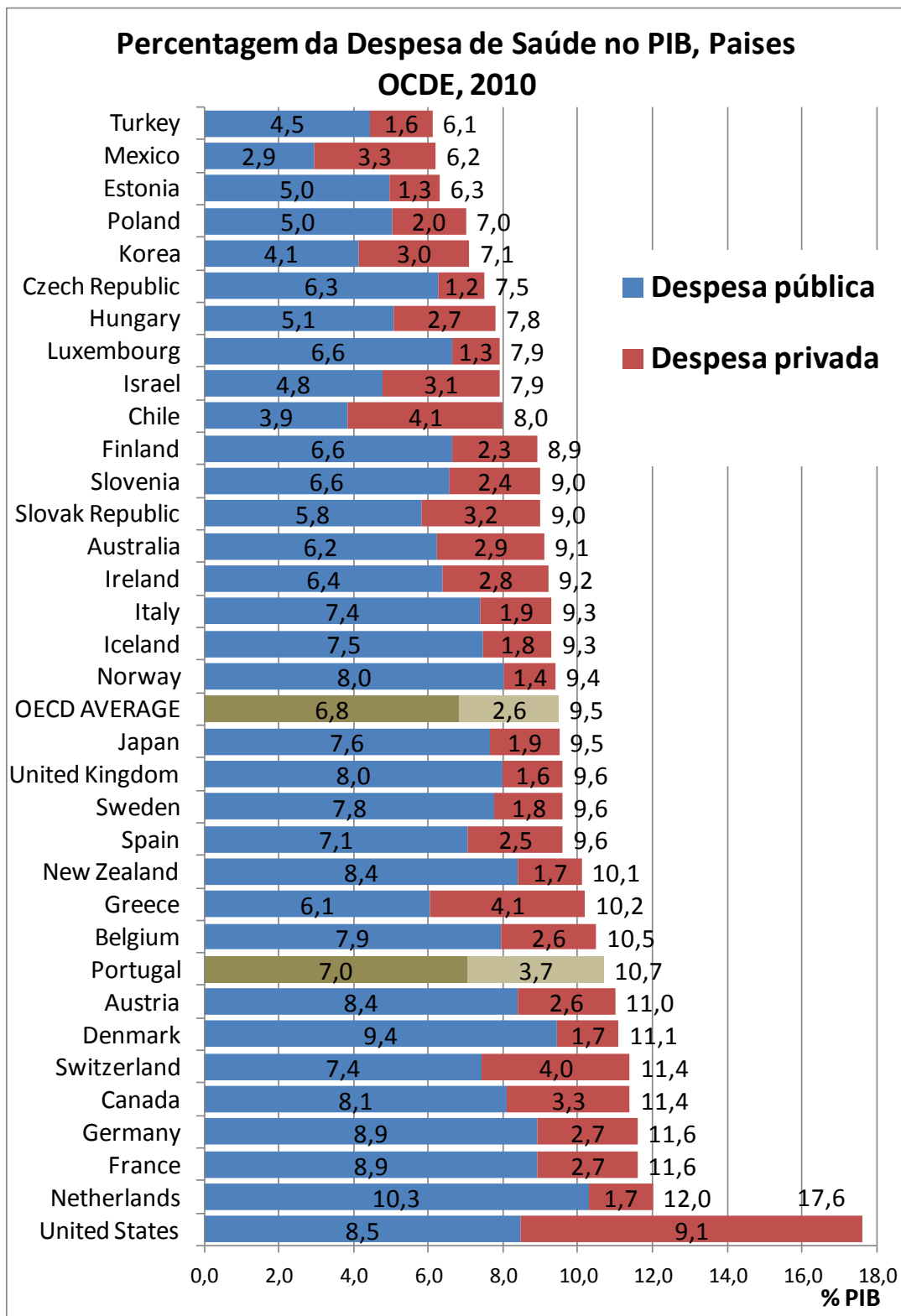
esperança de vida à nascença (sendo o terceiro, a seguir à Coreia do Sul e à Irlanda). Por outro lado, entre 1997 e 2007, Portugal apenas aumentou a despesa de saúde per capita em 30% (e há que ter em conta que o envelhecimento da população, novas tecnologias dispendiosas e mais doenças crónicas tratáveis). A Irlanda aumentou a despesa em 90% e a Grécia em 75%.

Os índices deste estudo da OCDE sobre a eficiência dos sistemas de saúde remetem-nos para um lugar recuado, o 25º. Mas esta posição tem a ver com o que poderia ser ganho se Portugal fosse mais eficiente. Os primeiros lugares (que afinal traduzem a existência de desperdício ou ineficácia) são ocupados pela Irlanda, Grécia, Reino Unido, Dinamarca, Suécia e EUA. Portugal está mesmo abaixo da média da OCDE. Este estudo mostra também que se Portugal conseguisse poupar, até 2017 conseguiria "ganhar" 1% no Produto Interno Bruto (PIB). Já a Irlanda alcançaria os 4,9% e a Grécia 3,9%. A média da OCDE seria de 2%.

Em Portugal embora a despesa total em saúde (que engloba a despesa pública e privada) seja superior à média da OCDE, a despesa pública é equivalente. O problema de Portugal tem mais a ver com o nível de despesa privada, apenas 4 países apresentam valores superiores.

Resumindo, comparativamente à OCDE, os portugueses não são os que mais gastam em saúde, no entanto face à riqueza produzida pelo país Portugal gasta com a Saúde bem mais do que a média da OCDE.

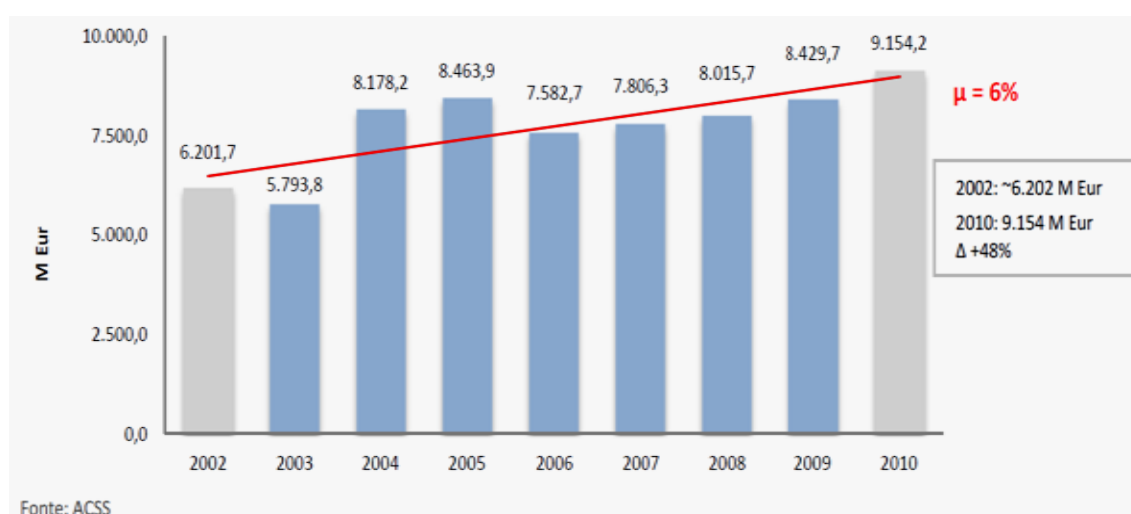
Gráfico 22 - Despesa (pública e privada) em saúde em % do PIB nos países da OCDE (2010)



Fonte: OCDE, 2012

Analisando o período de 2002 a 2010, verifica-se que a despesa de Saúde em Portugal tem vindo a crescer em média 6%, perfazendo um total de aplicações de fundos em cerca de 9.145,2 milhões de euros. Neste período, assistiu-se também a uma estabilização do peso relativo dos Hospitais no total da despesa pública em saúde, constituindo no seu conjunto o peso relativo destes no total de despesas em saúde, em média, 50%. Este peso relativo médio altera-se de 50% para 52%, considerando apenas o período compreendido entre 2007 a 2010 (GTRH, 2011).

Gráfico 23 – Evolução da despesa pública do SNS entre 2002 e 2010



Quadro 2 – Evolução da aplicação de fundos do SNS entre 2002 e 2010

Unidade: M Euros

Aplicação de Fundos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ARS's	2.705,4	2.916,8	3.802,9	3.694,1	3.575,9	3.421,6	3.642,5	3.771,2	4.023,5
Hospitais SPA	3.177,3	1.450,4	2.322,2	2.212,1	1.450,9	1.072,2	728,4	457,4	299,8
Hospitais /ULS - EPE	64,9	1.239,4	1.489,8	1.643,0	2.244,7	3.027,4	3.307,6	3.871,7	4.516,7
Serviços Autónomos	105,5	46,4	90,8	125,2	114,9	126,5	114,1	144,9	159,9
Serviços Psiquiátricos	65,0	63,0	65,2	73,4	66,5	65,3	62,6	46,1	46,9
Outras Despesas (a)	83,6	77,8	107,3	115,6	129,8	93,3	160,5	138,4	107,4
Amortização Adiamento DGT	.....	.....	300,0	600,5	.....	.....	.....	.....	.....
Total	6.201,7	5.793,8	8.178,2	8.463,9	7.582,7	7.806,3	8.015,7	8.429,7	9.154,2
Variação anual (%)	.....	-7%	41%	3%	-10%	3%	3%	5%	9%

Fonte: ACSS

Legenda: (a) inclui transferências para IPSS, Convenções Internacionais, Protocolos Subsistemas de Saúde, ETC.

Espera-se que os gastos a nível da prestação de cuidados de saúde em hospitais ainda sejam mais agravados, com a introdução sucessiva de novas tecnologias e com o desenvolvimento da ciência genética.

4.2. Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979, é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, no qual têm um papel preponderante as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Estas têm por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.

No âmbito das ARS funcionam os Centros Hospitalares/Hospitais e os Centros de Saúde. O SNS tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva (Araújo, 2005).

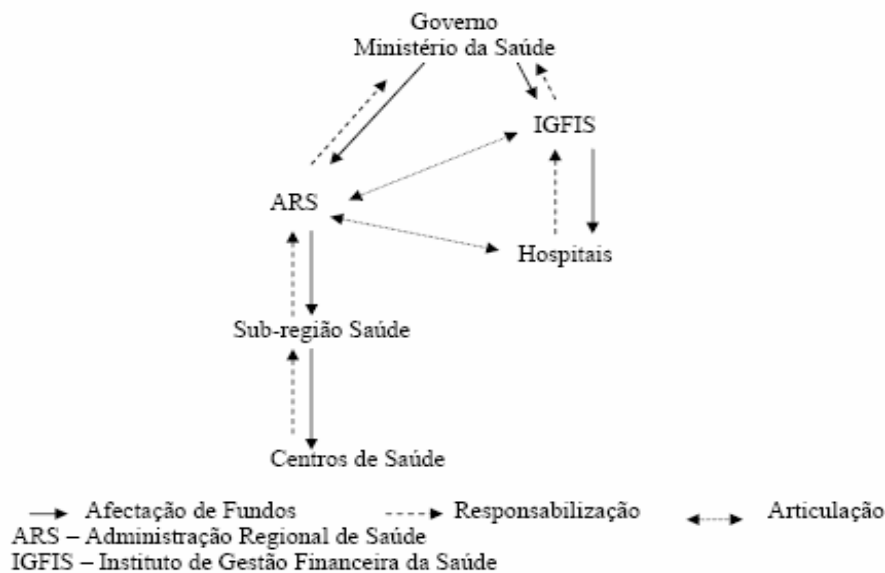


Fig. 12 – Modelo de financiamento do SNS

Durante os últimos 30 anos do século passado, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de grande importância: democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia

(CEE) (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico, nomeadamente na área da saúde.

Logo após o 25 de Abril, o Programa do Primeiro Governo Provisório anunciou o lançamento das bases para a criação de um SNS, de cobertura universal (Decreto lei n.º 203/74, de 15 de Maio). Por sua vez, a Constituição da República de 1976 destacava, no seu artigo 64º, o direito à proteção da saúde através da "criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito", atribuindo ao Estado a obrigação de "orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos."

O artigo 6º da Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro) não previa restrições no acesso aos serviços abrangidos pelo SNS, "salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis". Por sua vez, o artigo 7º determinava a sua gratuitidade, "sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações."

Na década de 80, o SNS era proprietário e prestador quase exclusivo dos cuidados hospitalares. No entanto, o mesmo não era verdade para os cuidados em ambulatório, amplamente assegurados através das participações do SNS nos custos dos medicamentos, e de convenções com prestadores privados. A dimensão destas transferências para o setor privado tornou-se numa preocupação central, uma vez que Portugal era, já nessa altura, o país da OCDE com uma percentagem mais elevada de gastos com medicamentos em relação às despesas públicas com saúde e o setor privado realizava mais de metade das análises e dos exames de radiologia.

Em 1989, o artigo 64º da Constituição da República foi alterado, passando a definir "um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito". O SNS assume-se como um modelo integrado, em que a mesma entidade é simultaneamente responsável pelas funções de financiamento, regulação e prestação. Ainda assim, a tendência é para a separação destas funções, sendo possível alargar a liberdade de escolha individual e, por isso, a concorrência, propiciando melhorias de eficiência e bem-estar (APS, 2009).

Pode-se então afirmar que, em Portugal, as políticas de saúde evoluíram significativamente nos últimos 30-35 anos, às quais se pode associar períodos distintos:

- antes dos anos 1970 (sistema de saúde muito fragmentado);
- do início dos anos 1970 a 1985 (estabelecimento e expansão do SNS);

- de 1985 a 1995 (período de expansão do SNS numa rede mais ampla de prestadores de cuidados do setor social e privado, de regionalização e coordenação do SNS, de incremento da participação do setor privado, de construção hospitalar e de tentativa de separação do exercício médico entre setores privado e público);

- de 1995 a 2002 (período marcado por uma tentativa de estimular formas diferentes de gestão e organização, como empresarialização pública de instituições de saúde, e pela adoção de uma estratégia de promoção da saúde);

- de 2002 até ao momento atual (expansão e reorientação das políticas definidas anteriormente, com uma nova filosofia em relação aos papéis dos setores público, privado e social).

O sistema de saúde português, como o de outros países, tem-se desenvolvido na lógica da organização e financiamento da oferta de serviços de saúde à população. Este sistema constitui uma abordagem com uma forte base social de apoio no sistema político e nas profissões da saúde. De salientar que o SNS é definido, pelo menos no plano normativo, como sendo universal, geral e tendencialmente gratuito. No entanto, é cada vez mais evidente que esta aproximação não permite fazer face adequadamente aos importantes desafios de acesso, qualidade, efetividade e eficiência que os sistemas de saúde têm que enfrentar de uma forma cada vez mais crítica (Sousa, 2009).

De qualquer das formas, independentemente do tipo de evolução do sistema de saúde português, não há dúvidas que o serviço público de saúde desempenhará sempre um papel fundamental, devendo por isso apostar na qualidade da interface com a comunidade (relação cidadão/profissionais de saúde, acesso do cidadão aos cuidados de saúde), num compromisso com resultados (antecipação e avaliação dos resultados: gestão clínica e gestão do desempenho), na liderança, na inovação (gerir a informação, conhecimento e comunicação) e, na missão de serviço público (ética, integração, qualidade) (Ferrinho, 2010).

4.2.1. Cuidados primários

Todos os residentes em Portugal têm direito a um médico de família, e o primeiro ponto de contacto com o SNS, salvo em situações de urgência, é o centro de saúde. Na prática, no entanto, em Portugal a prestação de cuidados primários é desvalorizada e, muitas vezes, os doentes recorrem diretamente aos serviços de urgência dos hospitais,

quando muitos deles poderiam ser tratados convenientemente no centro de saúde, eventualmente com custos associados inferiores (APS, 2009).

Os centros de saúde têm, desde a sua criação em 1971, vindo a ser reformulados, acompanhando a evolução da sociedade portuguesa. Em 1983, foram criados os chamados centros de saúde de “segunda geração”, que apesar de terem permitido uma maior racionalidade na prestação de cuidados de saúde e uma otimização dos recursos utilizados, não melhoraram nem a acessibilidade nem o progresso de objetivos de saúde.

Em 1998, foi criado o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos da Carreira de Clínica Geral, de adesão voluntária, cujo principal objetivo era a discriminação positiva dos médicos cujo desempenho contribuísse para uma maior acessibilidade e qualidade dos serviços prestados.

Em 2006, foi aprovada a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), onde, à semelhança do que acontecia no Regime Remuneratório Experimental, se aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados ao desempenho e à vigilância a utentes considerados mais vulneráveis.

Em Julho de 2009, mais de 2 milhões de portugueses tinham já o seu médico e enfermeiro de família numa USF e previa-se que, no final desse ano, esse valor aumentasse para 3 milhões de utilizadores. Segundo o Ministério da Saúde, a criação das USF levou a um aumento do número de portugueses com médico de família, tendo passado de 9.634.000, em 31 de Dezembro de 2006, para 9.827.000 em 31 de Dezembro de 2008 (APS, 2009).

4.2.2. Cuidados continuados

A Rede de Cuidados Continuados Integrados foi criada através do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, entendendo-se estes cuidados como sendo “O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, e integra-se no SNS e no sistema de segurança social.

Esta oferta é ainda insuficiente para dar resposta às necessidades, em particular em algumas regiões do país. No entanto, uma vez que a regulamentação é ainda relativamente recente, e que a Rede de Cuidados Continuados está ainda em expansão, é necessário que passe mais algum tempo para que seja possível fazer uma análise adequada do seu real impacto no estado de saúde e bem-estar da população (APS, 2009).

4.2.3. Serviços convencionados

Desde os anos 80 que o SNS estabelece contratos com entidades privadas para prestarem serviços em seu nome. O Decreto-Lei 97/98, de 18 de Abril, definiu o regime especial de contratação, que se baseia na simples adesão dos interessados aos clausulados tipo, que devem ser definidos pelo Ministério da Saúde para cada convenção. Estipulava-se ainda que as convenções vigentes à data do diploma deviam ser revistas, de forma a adequar-se ao novo regime de contratação.

No entanto, apenas foram posteriormente publicados clausulados tipo nas áreas da cirurgia, diálise e do sistema integrado de inscritos para cirurgias, pelo que as restantes convenções atualmente em vigor não estão, na prática, sujeitas ao Regime Jurídico das Convenções, mas sim a legislação anterior. Por outro lado, uma vez que a celebração de novas convenções está necessariamente sujeita ao Regime Jurídico das Convenções, e que este exige a publicação de novos clausulados tipo, com exceção das áreas acima mencionadas, tal celebração não tem sido possível (APS, 2009).

4.2.4. Cuidados hospitalares

Um dos princípios gerais na prestação de cuidados de saúde é a liberdade de escolha do estabelecimento hospitalar, em articulação com a rede de cuidados primários. Na prática, no entanto, existem redes de referenciação, por especialidade, que têm por objetivo obter ganhos de eficiência, limitando em larga medida a escolha do doente.

Desde os anos 90 têm surgido várias experiências no setor hospitalar, com o objetivo de melhorar a organização, aumentar a responsabilização, combater o desperdício e obter ganhos de eficiência. Uma dessas experiências foi realizada em 1995, com a concessão de gestão de um hospital público a um grupo privado, como é o caso do Hospital Fernando da Fonseca, mais conhecido por Hospital Amadora-Sintra. Com isto foi também introduzida uma maior clareza na responsabilidade de cada órgão de gestão, permitindo a separação entre funções de administração e direção técnica. Em 2008 este contrato de gestão foi extinto, sendo que em Janeiro de 2009 o hospital voltou à gestão pública, transformando-se numa Entidade Pública Empresarial (EPE).

Uma outra experiência foi a implementação de regras de gestão privada em hospitais públicos (no Hospital de S. Sebastião e no Hospital do Barlavento Algarvio). Esta nova forma de organização pressupunha a utilização de instrumentos do direito privado mas, ao contrário do que se passou no Hospital Fernando da Fonseca, não implicava a transferência de gestão para uma entidade privada, continuando os gestores a ser públicos.

Em 2002, foi aprovado o novo regime jurídico de gestão hospitalar, estabelecendo-se a possibilidade dos hospitais públicos revestirem a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e natureza empresarial. Com isto, no ano seguinte foi criada a Unidade de Missão dos Hospitais SA, dando-se a transformação de 34 hospitais públicos em 31 hospitais SA de capital exclusivamente público. Predominava aqui o contrato individual de trabalho para as novas contratações, bem como uma política de incentivos.

Em 2005, iniciou-se o programa de empresarialização dos hospitais. Os 31 hospitais SA foram transformados em EPE, transformando-se também todos os hospitais do Setor Público Administrativo. A criação dos hospitais empresa é um meio, e não um fim, que tem como propósito a modernização dos hospitais, a agilização da sua capacidade de resposta à população e a gestão mais eficiente da aplicação dos recursos públicos. O Estado ganhou com esta mudança uma maior amplitude de intervenção nestes hospitais e, por outro lado, enquanto no modelo SA, o capital era exclusivamente público mas podia, por venda, ser privatizado, nos Hospitais EPE a transmissão de participações apenas pode ser feita entre entidades públicas. Tornou-se

ainda impossível a falência destes hospitais por motivos económicos, mas os hospitais SA podiam extinguir-se. O contrato individual de trabalho mantém-se, mas a regra é a submissão à disciplina do direito administrativo.

Segundo o “ Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar” O tempo encarregou-se de mostrar que a empresarialização dos hospitais foi um bom instrumento de melhoria da qualidade da oferta existente, do aumento do acesso e da modernização do parque hospitalar. A qualidade que se alcançou em muitas áreas é digna de registo e de comparação positiva com muitos centros de renome internacional.

Também ficou provado que a flexibilidade do seu novo modelo de gestão tem possibilitado ganhos significativos de eficiência ao mesmo tempo que tem permitido responder melhor e mais rápido às necessidades dos seus utilizadores. Os hospitais empresa aumentaram a produção e alcançaram um custo médio por doente tratado muito inferior.

O ano de 2002, também foi um ano de mudança com o lançamento do programa de Parcerias Público Privadas (PPP) como enquadramento para a construção, equipamento e gestão de novos hospitais, com ou sem gestão clínica, no quadro do SNS.

Deve-se salientar, no entanto que, mesmo nos casos de gestão privada de hospitais públicos, e de parcerias público-privadas na construção e gestão de hospitais, a cada hospital é atribuída uma procura “cativa”, tal como a um hospital público clássico, pelo que não concorrem pelos doentes, e estes não ganham necessariamente liberdade de escolha.

Ainda assim, à semelhança do que tem acontecido noutros países, também em Portugal existem atualmente medidas, potencialmente conducentes a uma maior liberdade de escolha, para situações em que as listas e tempos de espera para intervenções cirúrgicas sejam superiores ao aceitável. Deste modo, em 2002, aprovou-se o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, concebido com carácter temporário para dar resposta a necessidades imediatas. Mais tarde, em 2004, foi implementado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) cujo objetivo é, “minimizar o tempo decorrido entre o momento em que o doente é encaminhado para cirurgia, e a realização da mesma”. Com a implementação do SIGIC a transferência do processo de doentes para outro hospital do SNS é obrigatória sempre

que o hospital de origem não garanta a cirurgia dentro do tempo máximo de espera. E, quando o SNS não consegue dar resposta em tempo útil, é emitido um vale-cirurgia a favor do doente, com a identificação das entidades privadas convencionadas com capacidade para realizar a intervenção.

Se outrora, no lançamento do processo de empresarialização dos hospitais, a prioridade era melhorar e garantir o acesso cirúrgico a centenas de milhares de pessoas em listas de espera, atualmente, a prioridade é redefinir o modelo de prestação de cuidados que permita melhorar a qualidade da prestação e dos níveis assistenciais, em simultâneo com a desaceleração da respetiva despesa pública.

A visão proposta para o futuro assenta num objetivo muito claro: colocar os hospitais ao serviço da população, melhorando a qualidade, aumentando a eficiência e introduzindo uma decisiva e total liberdade de escolha do prestador público, por parte do utente do SNS (APS, 2009; GTRH, 2011).

4.2.4.1. Organização e produção hospitalar

Os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal contribuem uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão.

Entre estas, avulta o carácter multiproduto da sua atividade, decorrente de uma enorme diversidade nos diagnósticos/doenças que podem ser tratados no hospital, a qual, por sua vez, pode ainda ser potenciada pelo diferente grau da evolução da doença presente no momento de contacto com o hospital e pelas características próprias de cada pessoa.

Por outro lado, observa-se ainda um intenso debate sobre temas relacionados com a gestão hospitalar, nomeadamente os aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados prestados, com a eficiência da prestação de cuidados e com o financiamento das organizações de saúde.

Estas questões decorrem do conhecimento e da discussão sobre uma questão central que é a definição e a medição da produção hospitalar. Neste sentido, facilmente se pode perspetivar a decisiva importância que assume o conhecimento e a medição da produção hospitalar, essencialmente no que se refere ao conhecimento do que se produz

tanto em termos quantitativos como qualitativos e ao conhecimento de como e quem produz (Costa *et al*, 2004).

Em 2010, a produção hospitalar atingiu um valor global de 5.020 milhões de euros, cerca de 54,8% do total do orçamento do SNS, quando se incluí neste valor o montante dos contratos programa com as unidades hospitalares do perímetro do SNS (hospitais EPE, PPP, SPA), as Unidades Locais de Saúde e os acordos regulares com prestadores institucionais na área da hospitalização (GTRH, 2011).

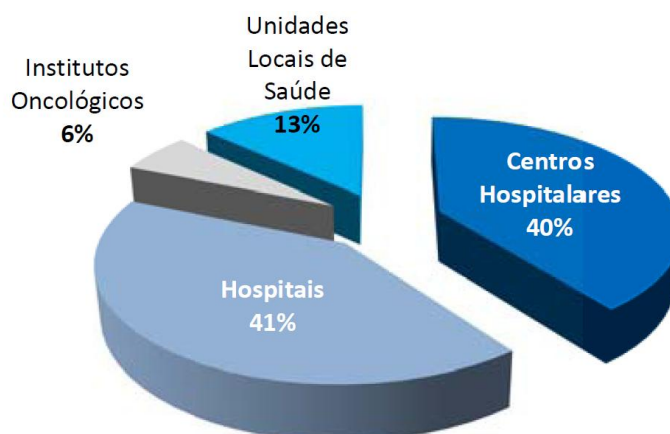
Quadro 3 – Evolução do custo total com hospitais entre 2008 e 2010

Unidade: M Euros e %

Aplicação de Fundos	2008	2009	2010	% Reliz. 2010 (do SNS)
Hospitais SPA	728	457	300	3,3%
Hospitais/ULS - EPE	3.308	3.872	4.517	49,3%
Contratos Plurianuais	194	63	58	0,6%
PPP's	5	78	146	1,6%
Total	4.235	4.470	5.021	54,8%

A dimensão do parque hospitalar português pode caracterizar-se pela existência de 21 Centros Hospitalares, 22 Hospitais, 3 Institutos Oncológicos e 7 Unidades Locais de Saúde.

Gráfico 24 – Composição do parque hospitalar português em Junho de 2011



Fonte: ACSS

Esta oferta hospitalar é ainda complementada com 3 Hospitais sob o regime de Parceria Público-Privada (Hospital de Cascais, Hospital de Braga e o novo Hospital de

Loures) à qual se acrescentará um novo hospital em 2013, o Hospital de Vila Franca de Xira.

A produção hospitalar total conta ainda com dois acordos específicos com o Hospital da Cruz Vermelha, em Lisboa e o Hospital da Prelada, no Porto, um acordo com a União das Misericórdias Portuguesas que envolve 12 instituições da zona Norte do País e ainda o programa de cirurgias através do acesso ao regime convencionado estabelecido no âmbito do SIGIC.

Na sua totalidade os hospitais portugueses, na esfera do SNS, são responsáveis por um parque direto de 23.085 camas, em que as regiões de maior concentração populacional (Norte e Lisboa e Vale do Tejo) representam cerca de 70%, no seu conjunto.

Existe um total de 532 salas de bloco operatório no panorama nacional público, com prevalência nas regiões de maior concentração populacional (Norte e Lisboa e Vale do Tejo), representando estas regiões cerca de 70% (GTRH, 2011).

A atividade desenvolvida em 2010 pelos hospitais na assistência a uma população de cerca de 10.144.940 pessoas, resultou em 10.409.900 consultas médicas (1,03 consultas per capita), das quais 2.978.086 foram primeiras consultas (28,6%) e 7.431.814 consultas subsequentes.

Os hospitais, no seu conjunto, internaram ao longo do ano um total de 814.143 doentes, a que corresponderam 6,3 milhões de dias de internamento, com uma demora média de aproximada de 7,83 dias, por doente. A taxa de ocupação dos hospitais rondou os 82,9% da capacidade instalada.

Neste mesmo ano foram efetuadas 405.747 cirurgias programadas, das quais 209.074 em regime ambulatorio, a que corresponde uma taxa de 51,5% do total. As cirurgias urgentes ascenderam a 114.715, perfazendo assim um total de 520.462 cirurgias realizadas nos hospitais portugueses em 2010, menos 5,2 % quando comparado com as 548.748 cirurgias realizadas em 2009.

Foram efetuados 78.067 partos nos hospitais públicos portugueses, ou seja cerca de 77% dos partos ocorridos no País. Dos partos em hospital, 24.967, ou seja 32% do total, foram partos por cesariana.

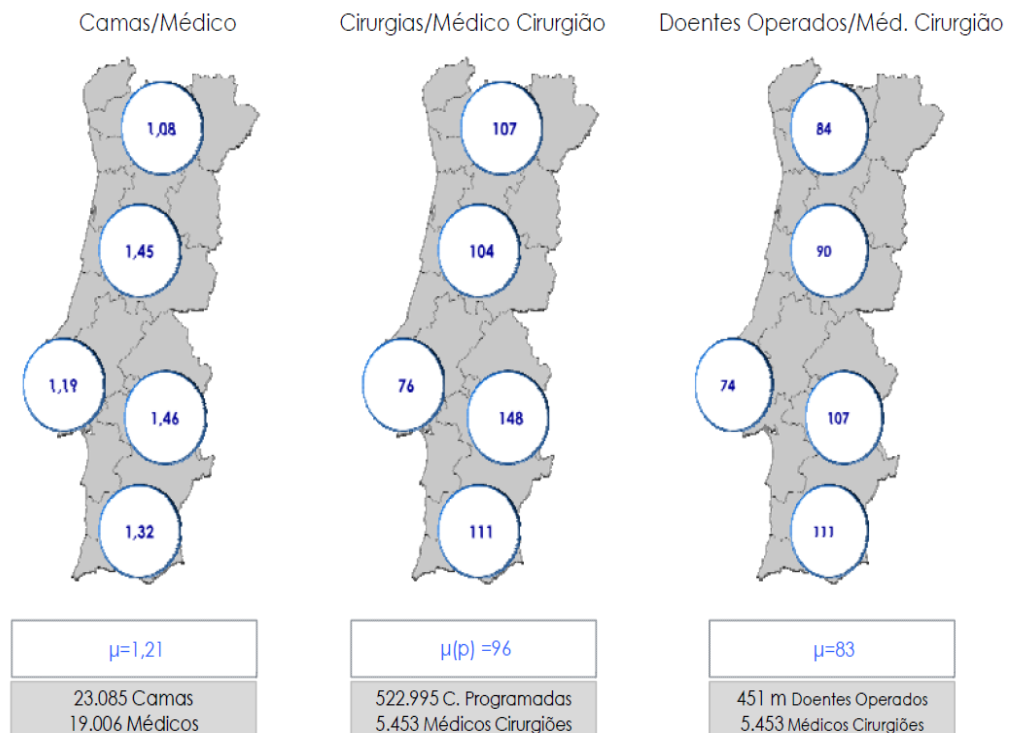
O número de atendimentos de urgência atingiu os 6,084 milhões, ocorrendo uma ligeira queda face ao ano de 2009.

Quadro 4 – Resumo da produção hospitalar no ano de 2010

2010	Produção total	Dias/Ano	Produção por dia
Consultas médicas	10.409.900	250	41.640
Domicílios	70.160	250	281
Sessões de hospital dia	1.195.992	250	4.784
Cirurgia programada convencional	196.676	250	787
Cirurgia urgente	114.715	365	314
Cirurgia de ambulatório	209.074	250	836
Dias de internamento	6.377.377	365	17.472
Atendimentos de urgência	6.084.263	365	16.669
Total de partos	78.067	365	214

Fonte: ACSS

A figura 13 apresenta uma visão geral da produtividade cirúrgica a nível nacional e no conjunto das Regiões de Saúde.



Fonte: Construção própria com base em dados da ACSS

Fig. 13 – Relação camas/ médico/produção cirúrgica

4.3. A sustentabilidade do financiamento do Sistema Nacional de Saúde Português

Verifica-se que o SNS foi evoluindo positivamente, nos últimos 30 anos, dando resposta a uma situação sanitária preocupante e cujos resultados não se pode deixar de reconhecer: aumento da esperança média de vida e redução da taxa de mortalidade infantil. No entanto verifica-se uma distribuição das estruturas e dos recursos do SNS de racionalidade duvidosa, sem ter em conta as especificidades territoriais, as características epidemiológicas das populações e a equidade de acesso à saúde (IFSC, 2009).

A oferta dos cuidados de saúde é profundamente assimétrica no território nacional, havendo variações de 60% a 90% nos coeficientes de apreciação mínimos e máximos, mesmo depois de excluídos os casos atípicos de Lisboa, Porto e Coimbra, (em Lisboa e Porto há 6 médicos/1000 habitantes e no Alentejo 1,6/1000 habitantes).

Apesar das melhorias verificadas na saúde da população há uma preocupação crescente quanto aos níveis da despesa e uma evidência de desperdícios na utilização de recursos públicos que representam uma perda irrecuperável para o país e para a sustentação do setor. Segundo o Jornal de Negócios, uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas entre 2007 e 2009 concluiu que os hospitais integrados no SNS desperdiçam 745 milhões de euros do valor que recebem do estado, sendo que a principal fonte de ineficiência é o serviço ambulatorio. A auditoria do Tribunal de Contas aponta também para um desperdício de 2 milhões de euros por dia. Estes gastos são justificados principalmente pelo excesso de utilização de recursos humanos, de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O sistema de saúde português, tal como os seus congéneres europeus, tem-se defrontado com problemas de eventual insustentabilidade financeira. Ou seja, com a possibilidade de, a prazo, não ser financeiramente suportável, a menos que sejam introduzidas medidas no seu funcionamento que conduzam ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde. Garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde é uma condição indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal, que se pretende.

A questão da eficiência e eficácia do SNS, mais do que uma questão meramente orçamental, ou até apenas económica, é uma questão ética, ou seja, se o SNS não for eficiente, jamais poderá ser justo e flexível (Sousa, 2009).

Tendo em conta que o contexto económico atual da economia portuguesa, caracterizado pelo elevado valor do défice orçamental e agravamento da dependência de financiamento externo, não constitui uma base sólida para enfrentar as pressões que se antecipam para a saúde, é necessário uma definição de políticas que permitam o equilíbrio das contas públicas no curto prazo, com reflexos numa alteração a nível estrutural que viabilize o equilíbrio de longo prazo. A estratégia de intervenção política na saúde deverá focar-se na obtenção de ganhos de saúde sustentados, num quadro de equidade e eficiência acrescidas, contendo a tendência de crescimento das despesas com a saúde que subiram em Portugal mais do que o produto interno bruto, a um ritmo superior ao da OCDE, anunciando, a prazo, a insustentabilidade do SNS tal como hoje está concebido, gerido e é financiado (IFSC, 2009; Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

4.4. Seguros alternativos ao Serviço Nacional de Saúde

Quando o SNS português foi criado, o objetivo era de que a sua cobertura devia ser universal, não havendo espaço para um seguro alternativo, ou seja, possibilidade de *opting-out* do seguro público. No entanto, a Lei das Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993, através do estabelecimento de protocolos, criaram a possibilidade da privatização de partes do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de um seguro alternativo de saúde.

Desde esta altura têm sido realizados vários estudos e pareceres relativos ao *opting-out* e formas alternativas de organização do financiamento da Saúde. Em 1992, um grupo de trabalho coordenado por Paulo Mendo realizou para o Ministério da Saúde um trabalho intitulado “Proposta de Financiamento” que se baseava no princípio da universalidade e supletividade do Estado na Saúde, defendendo a liberdade de escolha e o *opting-out*. Aos cidadãos que optassem por um seguro privado de saúde era garantida uma participação no prémio igual à capitação que nesse ano o Orçamento de Estado

atribuísse para a Saúde, descontando 20% correspondente ao chamado esforço de solidariedade incorporado no imposto.

Em 1995 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Relatório “Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal”, baseando-se mais uma vez no princípio da universalidade, ou seja, “o sistema público de financiamento deve ser encarado como seguro básico público, universal e obrigatório”. No entanto, os autores defendiam a promoção da concorrência na gestão do financiamento público, através da criação de mais do que uma entidade financiadora com autonomia de gestão face ao Ministério da Saúde e com capacidade de atuar explicitamente no mercado segurador e de negociar preços de prestação de serviços. Era ainda levantada a possibilidade de sair do sistema de seguro público mediante a apresentação de um seguro privado alternativo, mas assumindo-se o sistema público como financiador de último recurso de doenças catastróficas e crónicas.

Já em 1998, o Conselho de Reflexão sobre a Saúde, presidido por Daniel Serrão, propunha a criação de um fundo nacional de saúde, único e de inscrição obrigatória para todos, sendo os prémios de seguro determinados de acordo com o rendimento do agregado familiar. Este fundo funcionaria como uma entidade financiadora do SNS e definiria o pacote básico de cuidados. Os autores não defendiam o *opting-out*, mas davam aos cidadãos a liberdade de aderir a seguros e subsistemas de saúde complementares.

Apesar de, durante os anos 90, muito se ter dito sobre o *opting-out*, a privatização de setores do financiamento de cuidados assenta no entendimento do SNS como apenas um dos seguradores, o que representava uma mudança radical no seu modelo de base. Não houve, por isso, grande interesse público no seguro alternativo de saúde, e o setor segurador também não considerou estarem unidas as condições necessárias para se assumir esta mudança de paradigma no sistema de saúde português.

Ainda assim houve uma experiência de seguro alternativo, assumida por alguns subsistemas privados de saúde. Segundo o Estatuto do SNS, o Ministério da Saúde pode estabelecer protocolos com entidades (públicas ou privadas), transmitindo mediante o pagamento de capitação e a responsabilidade pela cobertura integral de cuidados de saúde para alguns dos seus trabalhadores (Simões, 2010).

Atualmente, o sistema de saúde português é então composto pelo SNS, pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados, pelo setor segurador, e pelo setor privado “puro”, financiado por pagamentos diretos dos indivíduos. Existem algumas sobreposições, quer em termos dos beneficiários (uma vez que há pessoas com múltiplas coberturas), quer dos prestadores de cuidados (que, frequentemente, estabelecem relações com vários financiadores).

O principal subsistema público de saúde é a ADSE, que tem a responsabilidade de gerir o sistema de proteção social dos funcionários do setor público administrativo. Os maiores subsistemas privados de saúde são os da Portugal Telecom, dos CTT e dos SAMS. Existem ainda diversos outros (pequenos) subsistemas.

Uma vez que os subsistemas, públicos e privados, asseguram uma cobertura de base ocupacional, os indivíduos que estão abrangidos são incluídos de forma obrigatória. Já relativamente à escolha do prestador, os seus beneficiários têm um grau de liberdade muito superior ao dos beneficiários do SNS, ainda que a tendência por parte dos subsistemas seja de restringir gradualmente essa escolha, ou atribuindo incentivos financeiros no sentido de determinada decisão, num esforço de conter custos e controlar os serviços prestados. Os subsistemas (em particular, os privados) têm vindo, assim, na prática, a aproximar-se de um modelo de seguro de grupo, semelhante ao que é oferecido pelas seguradoras comerciais.

Estes subsistemas garantem, a cerca de 20% da população, mecanismos de proteção para situações de doença para além do SNS, são responsáveis por uma despesa que representa cerca de 9% da despesa total em saúde e são tradicionalmente financiados através de contribuições dos trabalhadores e entidades empregadoras (APS, 2009).

Os montantes de comparticipação para estes protocolos têm sido os mesmos para todos os subsistemas. Na prática os protocolos definem os mecanismos de *opting-out* para os beneficiários destes subsistemas e, sempre que os mesmos recorrem a prestadores do SNS, a empresa é responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados (Simões, 2010).

Em países onde não existe um seguro público, o indivíduo pode livremente optar por aderir, ou não, a um seguro de saúde, e pode escolher o segurador que entender, desde que este o aceite como cliente. Pelo contrário, um seguro público caracteriza-se

pelo facto da adesão de cada indivíduo ser obrigatória desde que se verifiquem os requisitos de cobertura, e da contribuição ser dependente do rendimento e não do nível de risco. Como já referido, em Portugal, o sistema de saúde está maioritariamente assente num SNS integrado, não existe possibilidade de escolha por parte do indivíduo relativamente ao segurador principal, que é único. No entanto, o indivíduo pode decidir aderir a um seguro privado, complementar ou suplementar face ao seguro público, escolhendo livremente o segurador, podendo optar por utilizar, em caso de doença, os serviços a que tem direito no SNS, ou recorrer ao setor privado.

O mercado de seguros de saúde privados inclui todos os contratos cujos prémios são calculados em função do risco, e para os quais a adesão é voluntária. Este segmento funciona num regime de livre mercado, está sujeito à legislação geral do setor segurador, e é dominado por um grupo reduzido de seguradoras. As seguradoras podem selecionar os clientes de menor risco. No entanto, a definição do risco individual do potencial cliente acarreta custos administrativos significativos, pelo que, na prática, é limitada a utilização de mecanismos de seleção direta de clientes, para além do preenchimento de um questionário, onde é pedida alguma informação básica, e alguns indicadores baseados na história clínica.

O número de pessoas seguras tem vindo a crescer, desde o início dos anos 90, a taxas superiores a 10% ao ano e, em 2008, quase 2,2 milhões de portugueses tinham um seguro de saúde.

No futuro, o crescimento do mercado dos seguros privados de saúde dependerá, em larga medida das reformas a implementar no SNS, das reformas a implementar nos subsistemas, da dinâmica dos canais de distribuição, e do crescimento da prestação privada dependente de contratos com seguradoras (APS, 2009).

Concluindo, os subsistemas e o mercado de seguros têm-se posicionado gradualmente como complementares face ao SNS. Os subsistemas têm sofrido uma elevada pressão nos custos (superior à do SNS), estando também sujeitos a pressões crescentes do aumento do rácio da dependência nas suas carteiras de beneficiários. Tanto os subsistemas públicos como os privados têm implementado um conjunto de medidas de modo a aumentar as receitas e conter as despesas. De um modo geral, os subsistemas privados parecem manifestar desinteresse por se constituírem numa alternativa de cobertura integral ao SNS, sob a forma de *opting-out*. O mercado dos

seguros privados de saúde tem registado uma elevada expansão baseada na complementaridade dos seus produtos em relação ao SNS, e uma concentração em produtos de cobertura básica. O principal impacto das duplas coberturas é proporcionar um célere acesso a consultas da especialidade, em comparação com o maior padrão comparativo de consumo de consultas de clínica geral dos beneficiários do SNS (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

As reformas em curso no SNS português poderão permitir a obtenção de ganhos de eficiência, e o abrandamento do crescimento da despesa pública com Saúde. Uma possível situação de *opting-out* e criação de seguros alternativos ao SNS não prejudica a equidade, e pode mesmo melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. No entanto, é importante que o setor segurador estude cuidadosamente a possibilidade de implementação, a prazo, de *opting-out* do SNS, com a criação de seguros privados alternativos ao seguro público e, a revelar-se interessante, defina as condições em que tal poderá ser feito, e desenvolva atividades de sensibilização para esta alteração estrutural no sistema de saúde (APS, 2009).

É necessário uma análise de cenários sobre o financiamento futuro do SNS, importando nomeadamente compreender a interação dos subsistemas e seguros com o desenho do financiamento do SNS, a experiência de *opting-out* e a evolução corrente e o potencial papel futuro dos subsistemas e mercado de seguros de saúde no sistema de saúde português (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

4.5. Projeção da evolução das despesas de saúde públicas

Em termos de gastos públicos futuros com saúde, consideram-se duas fontes: a OCDE (OCDE, 2006), que projeta as despesas públicas com cuidados de saúde e com cuidados continuados em 2050, e a Comissão Europeia (Comissão Europeia, 2006), que estima o impacto do envelhecimento da população nestes dois grupos de despesa pública, bem como nas pensões, educação e subsídios de desemprego, em 2050, nos países da UE25.

A OCDE considera dois cenários distintos de contenção, ou não, do crescimento da despesa pública nas projeções de despesa pública para 2050, em % do PIB.

Considerando o cenário de aplicação de medidas de contenção das despesas verifica-se que, entre 2005 e 2050, as despesas públicas com cuidados de saúde crescerão estimadamente 2,4 p.p (pontos percentuais) do PIB em Portugal e 2 p.p. na média da OCDE. Somando a estas a componente pública de variação estimada da despesa com cuidados continuados, a OCDE estima que as despesas públicas totais com saúde cresçam 3,5 p.p. do PIB em Portugal, e 3,4 p.p. na média da OCDE. No entanto, no caso de não serem, atempadamente, adotadas medidas de contenção dos gastos pelos Governos, a percentagem das despesas públicas com saúde no PIB quase duplicaria até 2050, quer em Portugal, quer na média da OCDE (Quadro 5).

Quadro 5 – Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em %PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com a OCDE

	Despesa pública com cuidados de saúde (%PIB)				Despesa pública com cuidados continuados (%PIB)			
	2005	2050			2005	2050		
		Efeito demografico	Cost-pressure	Cost-containment		Efeito demografico	Cost-pressure	Cost-containment
Portugal	6,7	7,7	10,9	9,1	0,2	1,3	2,2	1,3
OCDE	5,7	6,3	9,6	7,7	1,1	2,3	3,3	2,4
Fonte: OCDE, 2006								

Constata-se que, dos 3,5 p.p. do PIB que a OCDE estima que os gastos públicos totais com saúde cresçam em Portugal até 2050, 2,1 p.p. (60%) são atribuídos a efeitos demográficos, num cenário de contenção de custos. Para a média da OCDE, este efeito representa 1,8 p.p. em 3,4 p.p. (53%) de variação estimada, assumindo que são tomadas medidas de contenção de custos pelos Governos.

A outra fonte de projeções de despesa pública com saúde a médio e longo prazo é o relatório da Comissão Europeia (Comissão Europeia, 2006), intitulado “O impacto do envelhecimento na despesa pública: projeções da despesa com pensões, cuidados de saúde, cuidados continuados, educação e subsídios de desemprego, para os Estados-Membros da UE25 (2004-2050) ”.

Analisando o quadro 5, verifica-se que o crescimento de 0,5 p.p. do PIB que a Comissão Europeia estima para as despesas com cuidados de saúde, em Portugal, de 2004 até 2050, por via do efeito demográfico, contrasta com o valor de 1 p.p. estimado pela OCDE, para 2005-2050, num cenário de contenção de custos. Por outro lado, a

OCDE projeta um crescimento de 0,6 p.p. do PIB neste grupo de despesas com saúde, para os países da OCDE, entre 2005- 2050, por razões ligadas à demografia, enquanto a Comissão Europeia estima uma variação de 1,6 p.p. do PIB nas despesas com cuidados de saúde, para os países da UE25, entre 2005-2050, por fatores semelhantes.

Quadro 6 – Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em % PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com a Comissão Europeia

	Despesa pública com cuidados de saúde		Despesa pública com cuidados continuados (%PIB)	
	2004	Varição até 2050 por efeito demografico	2004	Varição até 2050 por efeito demografico
Portugal	6,7	0,5	n.d.	n.d.
UE 15	6,4	1,6	0,9	0,7
UE 25	6,4	1,6	0,9	0,6
Fonte: OCDE, 2006				

Estas diferenças, mesmo atendendo a que as realidades dos grupos de países são distintas, denotam, por um lado, as diferenças metodológicas entre os dois trabalhos, e por outro, a dificuldade técnica e a incerteza inerente à projeção de despesas públicas num prazo tão dilatado (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Por outro lado, a Comissão para a Sustentabilidade para o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007) elaborou um conjunto de cenários, no sentido de tentar perceber qual seria a tendência no crescimento dos gastos do SNS, no período 2005-2030. O que se verificou foi mesmo que a despesa pública em saúde continuasse a ter o crescimento médio de 2005 e 2006, se nada mais se alterasse em termos de despesa pública, as contas públicas não seriam sustentáveis. Nem mesmo um crescimento nominal nulo das despesas públicas em Saúde teria capacidade, só por si, de garantir a sustentabilidade das contas públicas, caso a restante despesa pública mantenha a sua tendência histórica. Foram por isso construídos diversos cenários de reforma, nomeadamente:

- Evolução do sistema de saúde, sem ganhos de eficiência;
- Evolução do sistema de saúde, com ganhos de eficiência;

- Maior utilização de mecanismos de avaliação clínica e económica na introdução de novas formas de diagnóstico e terapêutica providenciadas pelo SNS;
- Retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos;
- Criação de seguros alternativos ao SNS (*opting-out*), mantendo a garantia de cobertura a toda a população;
- Redução dos benefícios fiscais associados com despesas privadas em cuidados de saúde;
- Aumento global dos pagamentos diretos em serviços públicos de saúde;
- Limitação na cobertura do SNS, em casos de utilização excessiva;
- Passagem do SNS para um modelo de seguro social;

Não sendo possível introduzir nenhuma medida que de forma isolada assegurasse a sustentabilidade financeira do SNS, a comissão construiu um cenário conjunto, antes de se colocar a hipótese de *opting-out* ou da alteração para um financiamento via seguro social. Este cenário envolvia a conjugação de ganho de eficiência de 5%, consolidação dos subsistemas públicos, redução dos benefícios fiscais, redução das isenções de taxas moderadoras e a alteração das taxas moderadoras. Para além de ser necessário implementar várias medidas simultaneamente, existe uma forte dependência da sustentabilidade em relação a fatores exógenos ao setor de saúde, como sejam a evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado (Simões, 2010).

As necessidades de saúde da população vão exigir do sistema de saúde respostas cada vez mais complexas. Portugal confronta-se com novos fatores determinantes da política de Saúde como sejam: a redução da natalidade, em resultado das mais baixas taxas de fecundidade da EU, o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, e, por último, o surgimento da doença crónica que já atinge mais de 40% da população.

É necessário que o sistema de saúde acompanhe esta silenciosa modificação e que também proceda a adaptações na oferta de cuidados, na revisão do perfil formativo dos seus profissionais e antecipe as consequências, deste processo, no financiamento dos cuidados de saúde (IFSC, 2009).

Alterações recentes na moldura da oferta de cuidados de saúde em Portugal indiciam, desde já, uma compreensão desta nova realidade. A reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos cuidados de saúde primários e a criação de uma rede de

cuidados integrados constituem sinais significativos de uma nova abordagem do sistema de saúde português. Tem-se vindo a incluir cada vez mais medidas de responsabilidade individual no financiamento direto da saúde isto é, de “taxas moderadoras” de utilização dos serviços de saúde, sendo necessário procurar encontrar novas formas de assegurar a sustentabilidade dos sistemas de proteção social, sem pôr em causa os seus princípios fundamentais (Sousa, 2009; Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

4.6. Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão

Os hospitais caracterizam-se por serem firmas multiproduto, ou seja, produzem cuidados de internamento, cuidados de ambulatório, cuidados de urgência e ainda podem produzir, serviços de alimentação, limpeza, entre outros. Isto torna particularmente difícil a identificação do que se produz e dos custos associados a cada atividade. Sendo ainda fundamental a distinção entre produto final (doente saído) e produto intermédio (exames laboratoriais, imagiologia, refeições, etc.).

O carácter multiproduto da atividade hospitalar pode ainda ser potenciado pelo diferente grau de evolução da doença presente no momento de contato como o hospital. É esta diversidade que está na origem das dificuldades associadas ao processo de definir e medir a produção de um hospital, afastando-se da homogeneidade que caracteriza outras atividades económicas.

De acordo com *Thompson, Averill e Fetter (1979)*, o problema a resolver para atingir um controlo efetivo dos recursos e dos custos hospitalares, residia na definição precisa e manejável dos serviços prestados pelos hospitais. Estes defendiam que embora cada doente devesse ser único e tratado individualmente do ponto de vista médico, todos os doentes tratados podiam ser classificados, com base nas suas características clínicas e demográficas, em classes de doentes que consumiam recursos ao hospital de forma idêntica. Dando este passo poderiam categorizar-se os serviços prestados pelo hospital e estabelecer uma definição de produtos. Deste modo passava a ser possível relacionar o *índice case mix (ICM)* do hospital, os recursos utilizados e os custos incorridos. O que se pretendia era atingir um sistema com classes de doente que pudessem estar na base do sistema de revisão da utilização, de um modelo de financiamento prospetivo e de um sistema de orçamentos hospitalares. Esta unidade de

classificação do doente designa-se por grupo de diagnóstico homogéneo (GDH). Os GDH vieram criar uma ponte na comunicação entre os administradores, responsáveis pelo controle da despesa das instituições, e os médicos, responsáveis pela realização da despesa (Simões, 2010).

Os GDH foram implementados em Portugal no final dos anos 80 e início da década de 90, sendo a primeira vez que um sistema baseado no ICM foi utilizado na Europa para alocação de recursos financeiros destinados aos cuidados de saúde prestados em internamento. A sua introdução visava, genericamente, reduzir os custos hospitalares e aumentar a produtividade, o que seria atingido através da implementação de um sistema de informação integrado de gestão e financiamento dos hospitais. Este sistema contrariava os incentivos que então existiam para substituir os procedimentos de diagnóstico com custos elevados por procedimentos mais baratos, com associado risco de perda de qualidade dos cuidados, uma vez que eram todos pagos ao mesmo preço (Vaz *et al*, 2010).

Na base do sistema de financiamento por GDH encontram-se os pesos relativos, em que o peso relativo de cada GDH exprime a sua relação com qualquer outro em termos de consumo de recursos. Quanto maior é o peso relativo de um GDH mais significativo é o consumo de recursos que lhe é associado.

Desde o início do financiamento por GDH houve ajustamentos ao preço base nacional uma vez que os hospitais apresentam estruturas de custos distintas consoante a sua dimensão, complexidade da causa tratada, funções de ensino, etc. Atualmente, a natureza mista do modelo de financiamento, com uma abordagem gradual de incremento da componente calculada com base na receita histórica, constitui uma forma equilibrada de partilha do risco financeiro entre a entidade pagadora dos cuidados prestados e a entidade prestadora desses mesmos cuidados (Simões, 2010).

Com a introdução dos GDH em Portugal é então possível aos hospitais saberem antecipadamente qual o valor do orçamento que vão receber com base numa previsão de doentes a serem tratados. Na prática, quer os administradores hospitalares quer os médicos, esperam que os preços vigentes para cada GDH sejam superiores aos custos que estimam vagamente estar associados ao tratamento dos doentes individuais. Este sistema deve garantir que, caso o hospital seja eficiente, no final do ano não haverá

défi ce, mas podem existir áreas onde a prestação de cuidados seja deficitária e outras onde seja geradora de mais-valias para a instituição.

Os GDH impulsionaram um grande salto no SNS na medida em que ofereceram a possibilidade de medir, de forma eficaz, a produtividade e a eficiência dos hospitais, a partir de um conjunto de dados básicos e elementares (Vaz *et al*, 2010).

A nível nacional verificou-se o aumento do número de episódios de internamento de doentes do SNS cumulativamente, diminuiu a demora média e aumentou o ICM. Isto significa que estão a ser tratados doentes mais complexos em menos tempo, indiciando ganhos de eficiência associados à introdução do financiamento por GDH nos hospitais do SNS.

Os relatórios de retorno anuais realizados desde a introdução dos GDH, facilitaram a avaliação do desempenho dos hospitais de forma rotineira e dota os gestores e médicos com informação acerca das práticas nacionais e de capacidade para monitorizar desvios das suas instituições relativamente aos padrões observados. Foram desenvolvidos um conjunto de indicadores a nível nacional e de grupo para entregarem estes relatórios de retorno. Margarida Bentes, uma das principais participantes do desenho e implementação do modelo português de pagamento baseado nos GDH, afirma que a utilização destes grupos nas análises estatísticas assegura que apenas os hospitais com custos e ICM semelhantes são comparados entre si, o que aumenta a significância dos valores de referência dentro dos grupos (Vaz *et al*, 2010; Simões, 2010).

Estes relatórios de retorno, uma vez que possuem indicadores de desempenho e de qualidade permitem avaliar o desempenho, identificar problemas latentes de qualidade e melhorar as atividades de revisão de utilização dos hospitais.

Os hospitais têm uma base de dados local com os dados dos seus doentes agrupados em GDH e espera-se que vão atualizando esta base de dados nacional periodicamente. A modernização do sistema de informação dos hospitais e para um financiamento de acordo com a causa, foi uma aposta ganha. No entanto, é preciso continuar a trabalhar para tornar o sistema cada vez mais adaptado à realidade portuguesa, explorando as virtualidades deste sistema. A atual situação de crise económico-financeira que o país atravessa aconselha a que se adotem medidas

vigorosas de diminuição do desperdício e de aumento da eficiência do SNS, tendo o sistema de GDH um importante papel neste esforço tão necessário (Vaz *et al*, 2010).

4.7. Sistema de custeio nos hospitais

Nos hospitais verifica-se cada vez mais a necessidade de informação sobre custos de produção, tornando-se fundamental ter um conhecimento aprofundado dos recursos e atividades envolvidas na prestação de cuidados de saúde. É a partir deste conhecimento que a gestão hospitalar poderá tomar decisões mais adequadas, sendo que para a obtenção de informação sobre custos é necessário um sistema de custeio.

Tradicionalmente nos hospitais é produzida a contabilidade analítica baseada no método das secções homogéneas, em que cada secção constitui um serviço do hospital com determinada unidade de obra que corresponde à sua produção. Para cada unidade de obra são necessários fatores de produção diretos, consistindo em recursos do próprio serviço, e fatores de produção indiretos que correspondem à produção de outros serviços e que é necessária à conclusão do próprio serviço. Estes totais de custos divididos pelas unidades de obra entram novamente na cadeia de produção conforme o percurso de tratamento do utente.

Nos hospitais existem custos administrativos que abarcam a área financeira, de compras, de inventariação de bens, processamento de salários e os custos de gestão, organização e planeamento. Existem ainda custos de funcionamento de ambulâncias, seguranças, mensageiros, alimentação e tratamento de roupa, correspondendo a custos geralmente designados como serviços hoteleiros que, juntamente com o custo de manutenção de equipamentos e edifício constituem os custos das secções de apoio geral. Passando para a área clínica, existem custos de produção de análises e de exames para o diagnóstico dos pacientes. Neste apoio clínico encontra-se também a produção cirúrgica, o serviço de esterilização e a farmácia totalizando assim todo o apoio clínico prestado às secções principais conhecidas por internamento e ambulatório. O ambulatório envolve as consultas externas, a hospitalização de dia e a urgência. Todos estes serviços trabalham em equipa, são multiprofissionais e interdependentes. Estas relações em cadeia originam custos ao longo do tratamento e serão atribuídos a cada uma das secções principais. A contabilidade analítica por secções adapta-se corretamente à organização dos hospitais. Embora esta seja obrigatória e com as

condições para obtenção de informação de gestão de forma expedita e dinâmica, esta atinge apenas o nível dos serviços ou centro de custos.

Para obtenção de custos com maior detalhe, dada a multiplicidade da atividade em cada serviço hospitalar, é necessário um sistema de custeio por atividades. Este projeto de gestão já foi testado e implementado em hospitais nacionais durante o ano de 2007, todavia apenas obteve investimento para a fase de implementação. Ficou clara a aplicabilidade nos hospitais de um sistema de custeio por atividades, permitiu o conhecimento e definição das atividades hospitalares bem como as relações existentes entre serviços, ao mesmo tempo que se apurou com detalhe os custos de cada ato médico. Como desvantagens deste projeto apresenta-se a demora da sua elaboração e apuramento, a dificuldade de interação com os diferentes sistemas de informação, e até a existência de informação apenas disponível ao nível do produtor e ainda não conseguida informaticamente.

Este projeto pode servir de base para o apuramento de custos e preços praticados na saúde, dado que se baseia na base de dados dos grupos de diagnóstico homogéneo. Esta base de dados tem mais de três décadas de existência e validação, é auditada e atualmente é o suporte para definição da produção hospitalar, isto é, representa o nível com maior detalhe e mais homogéneo da produção da rede hospitalar. Ora o conhecimento destes custos unitários em instituições classificadas como idênticas permite a comparabilidade de práticas médicas e da utilização de materiais e equipamentos na rede hospitalar. Neste sentido, a média destes custos poderá ser utilizada para remunerar tratamentos idênticos e assim conseguir os devidos ajustamentos nos recursos utilizados, sendo que a comparabilidade apenas faz sentido entre instituições idênticas.

4.8. Contratualização de cuidados de saúde pelos hospitais

Como já vem sido referido ao longo do trabalho os sistemas de saúde debatem-se atualmente com um dilema estrutural, relacionado com a compatibilização entre um cenário de aumento contínuo das necessidades em saúde, de aumento e refinamento tecnológico da oferta, bem como do grau de exigência dos cidadãos e um outro cenário de aumento contínuo da pressão sobre as contas públicas, necessidade de controlo dos *deficits* e dos níveis de dívida pública. É, portanto, de extrema importância a

conceptualização e adoção de ferramentas de melhoria da gestão do sistema de saúde, apoiadas em critérios de eficiência e eficácia, sem pôr em causa os princípios essenciais de qualidade, equidade e acesso aos cuidados de saúde.

Partindo de um modelo de financiamento tradicional baseado nas necessidades evidenciadas pelos prestadores, onde o custo histórico de funcionamento era a referência para o cálculo do valor do subsídio, pretendeu-se com o processo de contratualização implementar uma nova forma de distribuição de recursos financeiros públicos, indexando o financiamento diretamente à atividade, através da definição de determinados níveis de cuidados de saúde, acordados entre prestadores e financiador em função dos objetivos estratégicos definidos politicamente, designadamente ao nível do Plano Nacional de Saúde.

O financiamento passa assim a ter um papel central na prossecução dos objetivos de saúde, devendo deste modo a contratualização ter como finalidade última, não apenas assegurar o necessário financiamento público dos prestadores, mas eliminar também a fenda existente entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população.

Este papel estratégico da contratualização é reforçado ainda pela introdução de um sistema de incentivos e monitorização do desempenho. A introdução de um sistema de incentivos é, no contexto da gestão por objetivos, uma ferramenta poderosa de promoção da mudança e da reorientação das organizações para resultados.

Pode-se definir a contratualização como o processo pelo qual são estabelecidos mecanismos de negociação para a atribuição de recursos para a prestação de cuidados baseados em critérios explícitos e de responsabilidade do sistema. É portanto um dos pontos fulcrais da nova gestão de cuidados de saúde (Antunes, 2011; Harfouche, 2008).

As reformas de saúde têm sido amplamente influenciadas pelo *New Public Management* (NPM), disseminando-se nos países da OCDE na década de 80. No âmbito desta nova filosofia administrativa, o que se pretende é que o setor público não seja um grande empregador mas que promova um bom serviço a um preço mais baixo, ou seja, maior qualidade a menor custo.

O conceito de NPM, procura substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial, traduzindo-se na profissionalização e aumento de gestão, pela liberdade de escolha do consumidor, pela competição entre unidades que se

querem mais pequenas, pela adoção de estilos de gestão empresarial, pela explicitação das medidas de desempenho e pela ênfase nos resultados e na eficiência.

Este modelo de Gestão Pública, com uma orientação fundamentalmente economicista, teve implicações, no domínio da saúde, nomeadamente na separação entre as instituições financiadoras e as prestadoras, e a generalização da descentralização e contratualização. A separação entre questões políticas e de gestão consiste em, por um lado, utilizar os instrumentos geralmente aplicados no setor privado, nos serviços públicos de forma ajustada e, por outro lado, em exigir aos gestores públicos que utilizam estes instrumentos a responsabilidade pelos resultados (Harfouche, 2008).

Esta separação financiador-prestador apresenta conhecidas vantagens, nomeadamente o facto de incentivar a flexibilidade e competição do lado da oferta e desse modo, a eficiência na prestação de cuidados. Além disso, introduz flexibilidade e facilita a “experimentação pelos prestadores”, com transparência e novas abordagens organizativas mais centradas no doente.

Em Portugal, a utilização de contratos na relação entre entidade financiadora e entidade prestadora, veio estabelecer compromissos explícitos, passando-se de uma lógica tradicional de gestão de recursos do tipo “comando-controlo” para uma proposta de gestão pública mais orientada para resultados. Os mecanismos de contratualização obrigam e comprometem, quer os terceiros pagadores quer os prestadores a, explicitamente, cumprirem os compromissos, o que gera “motivação económica” (Harfouche, 2008).

Atualmente, aproximadamente metade dos recursos financeiros do SNS são alocados através de contrato-programa. Todos os hospitais públicos relacionam-se com o financiador através deste instrumento, reduzindo-se a rigidez administrativa e descentralizando-se o processo de decisão das estruturas locais. O contrato fixa objetivos por linha de produção e o pagamento é feito com base na atividade realizada, de acordo com o preço-base por grupo de hospital, em vez de reembolso dos custos suportados. Como o sistema de preços é fixado pelo comprador, obriga a unidade prestadora a alcançar melhores níveis de eficiência sem comprometer a qualidade mínima exigida.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2009) tece considerações importantes sobre o processo de contratualização no âmbito hospitalar, como a não valorização suficiente dos resultados, a evolução pouco significativa das modalidades de pagamento, a falta de uma aproximação efetiva à área clínica e segurança do doente, a ausência de auditorias sistemáticas, etc.

Em 2009, houve a necessidade de se desenvolver um modelo contratual mais adequado à coordenação entre níveis de cuidados, havendo alguma inovação no caso das Unidades Locais de Saúde (ULS), tendo as contrapartidas financeiras passado a ser calculadas através de um valor capitacional com base na população residente abrangida, e tendo o quadro de indicadores respetivo sido reajustado (Simões, 2010).

Analisado o modelo de financiamento dos cuidados de saúde prestados pelas unidades hospitalares do SNS entre 2007 e 2009, os auditores do Tribunal de Contas, no que toca aos Contratos-programa, verificaram que diferenças definidas entre as várias unidades hospitalares são “insuficientes” e não têm sido ajustadas às necessidades. A maioria das unidades hospitalares do SNS mantém atividades para as quais não têm fonte própria de financiamento, como é o caso da cedência de alguns medicamentos em ambulatório e consultas não médicas.

Sobre a fixação de preços, conclui-se que o apuramento dos custos é baseado numa metodologia norte-americana usada em Maryland que pode “introduzir distorções na distribuição dos custos hospitalares e, conseqüentemente, na adequação dos preços unitários fixados”.

Além das deficiências metodológicas de apuramento de custos, a própria informação de base, a contabilidade analítica das unidades hospitalares do SNS, “apresenta problemas de fiabilidade e de comparabilidade, além de não ser apresentada em tempo oportuno”.

Concluiu-se assim que a forma como é feita a contabilidade não permite conhecer o custo real de cada doente mas sim os custos de cada secção do hospital. A contabilidade analítica é vista pelos hospitais como um “imperativo legal” e não como um instrumento de gestão para planear e melhorar os índices de eficiência e de produtividade.

Os serviços de urgência e de internamento médico apresentam custos superiores aos preços em todos os hospitais analisados, verificando-se o inverso nos médicos de serviços de ambulatório.

A maioria dos hospitais que integraram a amostra reporta custos unitários de produção ou subcontratação (setor privado) da atividade de radioterapia, em 2009, inferiores ao valor unitário do financiamento, o que sugere um sobre-financiamento desta atividade (Agência Lusa, 2011).

Decorrente da necessidade de aperfeiçoar a contratualização hospitalar e o modelo de financiamento subjacente, foi elaborado um trabalho de revisão do modelo de contratualização para o triénio 2010-2012, sob a coordenação da ACSS.

É hoje indubitável que a efetividade da prestação de cuidados de saúde é alcançada através de uma aposta na autonomia e na capacidade das equipas de saúde para gerirem o estado de saúde das populações pelas quais são responsáveis, e através da participação ativa dos cidadãos na gestão do seu próprio estado de saúde.

As novas abordagens às necessidades em saúde impulsionaram o aparecimento de inovadores modelos organizativos e de gestão que, por sua vez, beneficiam de contratualização adequada a essa realidade. A gestão de doença crónica e a integração dos cuidados influenciam de forma positiva o processo e, a partir dele, surgem novos paradigmas de organização que irão resultar em melhores indicadores e melhores resultados de saúde.

Não existe um modelo perfeito de contratualização, logo os sistemas de saúde devem poder confiar nas equipas multiprofissionais de saúde, que de forma autónoma, dinâmica e responsável vão gerir o estado de saúde das respetivas populações, havendo também a participação ativa dos cidadãos na gestão do seu próprio estado de saúde. (Simões, 2010).

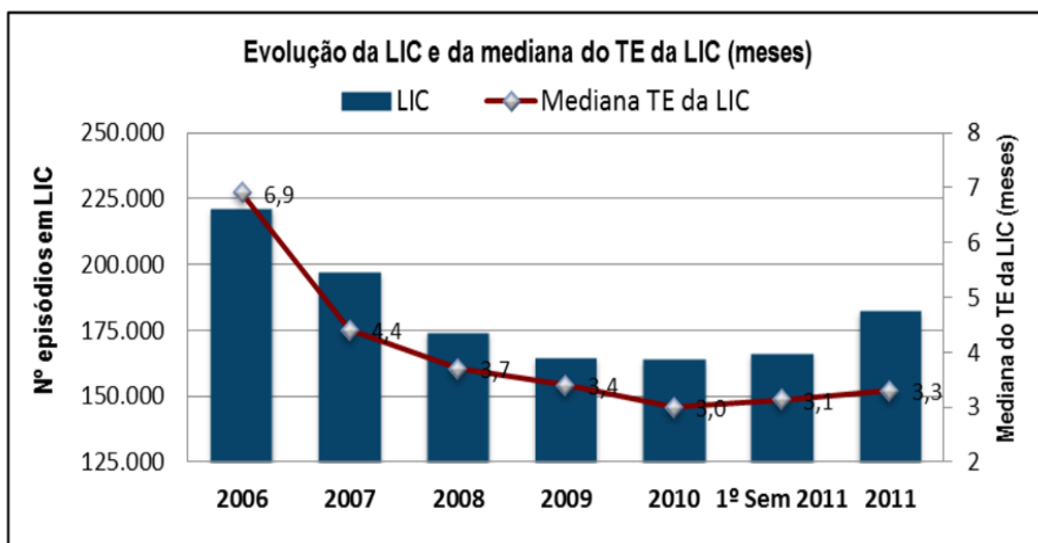
4.9. Acessibilidade aos cuidados de saúde

A lista de espera hospitalar engloba alguns dos indicadores mais expressivos do acesso aos cuidados de saúde. Estes indicadores merecem especial atenção não só pelo que representam em termos de potencial agravamento do estado de saúde dos doentes, como também pelos obstáculos que podem constituir às reformas dos sistemas de saúde

e ainda por serem indicadores de procura de cuidados de saúde que mais impacto têm na opinião pública.

Seguidamente apresentam-se alguns indicadores que evidenciam a procura e a oferta de cuidados de saúde hospitalares:

Gráfico 25: Evolução das Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC) e da mediana do Tempo de espera (TE) (meses)



Legenda: LIC- Lista de inscritos para cirurgia; TE : Tempo de Espera.

Nota: Os indicadores da LIC referem-se a 31 de Dezembro de cada ano ou 30 de Junho de 2011.

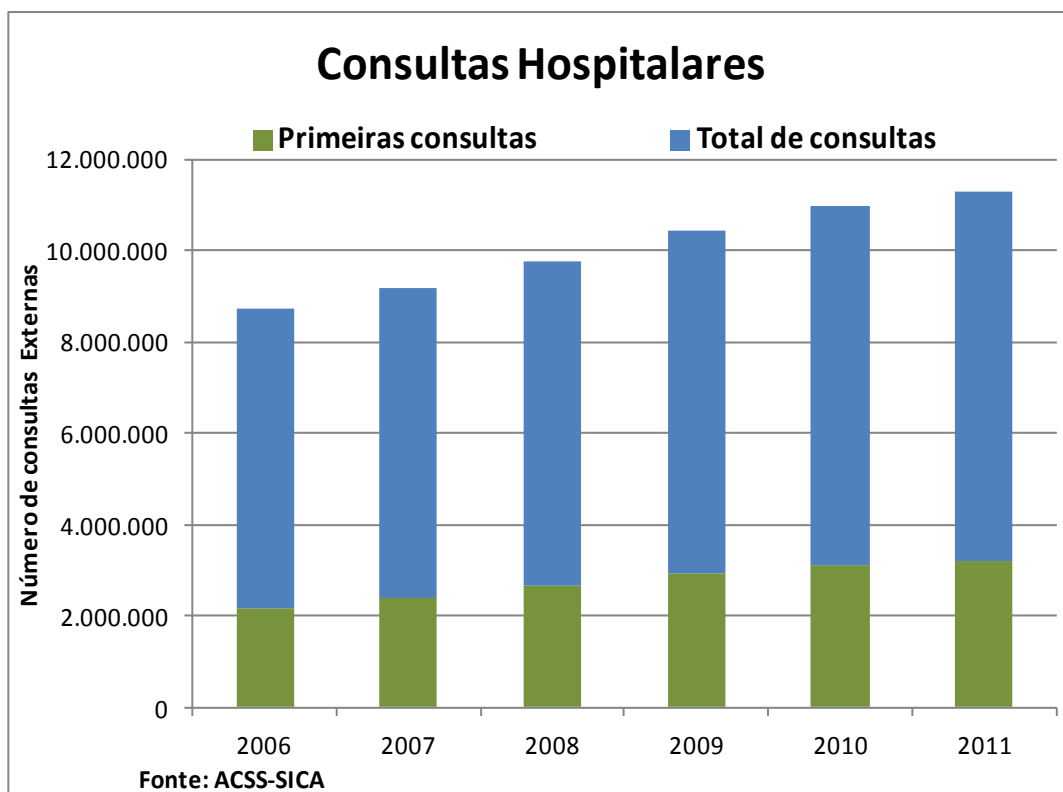
Fonte: SIGLIC

Quadro 7: Evolução da atividade cirúrgica nacional

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Δ 2006/2011	Δ 2010/2011
Operados H. Públicos	331.479	375.418	426.007	451.374	458.497	460.789	39,0%	0,5%
Operados H. Convencionados	13.842	27.643	29.496	23.919	25.568	24.654	78,1%	-3,6%
Operados H. Protocolados	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	18.476	n.a.	n.a.
Total Operados	345.321	403.061	455.503	475.293	484.065	503.919	45,9%	4,1%

Fonte: SIGLIC

Gráfico 26: Evolução da consulta externa nos hospitais do SNS



Quadro 8: Evolução dos GDH cirúrgicos e primeiras consultas médicas nacionais vs homólogo e contratualizado

Produção Hospitalar	Realizado 2009	Contratualizado 2010	Realizado 2010	% Realizado 2010/ Realizado 2009	% Realizado 2010/ Contratualizado 2010
Consultas Externas Médicas (primeiras)	2.835.903	2.950.015	2.932.096	3,4%	-0,6%
GDH Cirúrgicos Programados	210.364	202.777	206.069	-2,0%	1,6%

Fonte: ACSS

Verifica-se até 2010 uma diminuição da Lista de Inscritos para Cirurgia, no entanto ocorreu um ligeiro acréscimo em 2011. A mediana do tempo de espera para cirúrgica passou de 6,9 meses em 2006 para 3,0 meses em 2010 e 3,3 em 2011. Já a produção cirúrgica apresenta um crescimento de 45% entre 2006 e 2011, no mesmo período as consultas externas exibem um progressivo crescimento.

Este conjunto de indicadores permite, por si só, concluir que ocorreu uma melhoria do acesso aos cuidados hospitalares ainda que, segundo dados da ACSS, os hospitais nacionais em 2010 não conseguiram realizar todas as primeiras consultas contratualizadas e a produção de GDH cirúrgicos ficou aquém da realizada no período homólogo o que deixa margem à continuidade das políticas em matéria de acesso.

4.10. Descrição dos modelos de financiamento dos hospitais

O financiamento de serviços de saúde tem tido uma evolução de um modelo retrospectivo para o modelo prospetivo, ou seja, começou por pagar tudo o que o sistema nacional de saúde consumia para um modelo que remunera as instituições de acordo com a produção exigindo simultaneamente padrões de qualidade e acessibilidade.

4.10.1. Modelo de financiamento por capitação

O modelo de financiamento por capitação caracteriza-se por ser um sistema de aplicação simples caso todas as regiões tivessem as mesmas oportunidades na obtenção de cuidados de saúde, ou seja, se os cuidados de saúde estivessem uniformemente distribuídos por todo país. A capitação é um sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista, independentemente da quantidade de serviços a prestar. Trata-se de uma unidade predominantemente centrada na procura, sendo o financiamento das organizações de saúde estabelecido em função da dimensão da população previamente definida ou que o prestador escolheu. Na prática, trata-se de uma forma de transferência de risco para níveis mais próximos dos prestadores, aumentando as responsabilidades financeiras das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

As principais barreiras à implementação do financiamento baseado na capitação consubstanciam-se na capacidade de obter a informação com vista ao apuramento do risco de saúde de uma população dada a multiplicidade de indicadores que permitem refletir as necessidades individuais e coletivas de saúde e os seus gastos esperados em saúde.

Sabendo que a densidade populacional desequilibra todos os mínimos de treino e experiência dos profissionais e que impera as transferências de doentes entre instituições que estão mais vocacionadas para determinadas patologias, este sistema é

de aplicabilidade muito reduzida e tendo portanto muitas exceções que poderiam distorcer a ideia inicial. Nem os países mais ricos poderiam sustentar um sistema de saúde com estas características, uma vez que este sistema implicaria que todas as regiões iriam ter os mesmos cuidados de saúde disponíveis. (Costa *et al*, 2008)

4.10.2. Modelo de financiamento baseado em custos históricos

Durante muitos anos o modelo de financiamento baseado em custos históricos foi usado como maioritário na atribuição das receitas dos vários hospitais. Funcionava na base de que quem constituía maiores custos obteria maior subsídio do Estado. Neste sistema não havia grandes responsabilidades a imputar a cada unidade, no entanto havia sempre grandes défices nas contas pois os valores planeados já não eram reais na altura da elaboração do orçamento. Uma vez que eram impostas restrições orçamentais, os hospitais com as verbas disponíveis pagavam aos profissionais em primeiro lugar e deixavam no final do ano grandes dívidas aos fornecedores. Aqui a elaboração do orçamento era meramente um exercício académico. Normalmente existiam verbas destinadas em orçamento rectificativo para pagamento de dívidas, mas este saldo nunca teve condições para a negociação de preços de compra com os fornecedores que não incorporassem os custos de ter recebimentos com prazos superiores a um ano. Aliás existiram durante muitos anos custos administrativos enormes, dado o volume de telefonemas, papéis, justificações, conferências e registos pelo facto de existirem dívidas durante muito tempo.

Apesar de todas deste sistema, o financiamento dos Hospitais do setor público administrativo continua a ser efetuado com base em custos históricos sendo por isso difícil estabelecer níveis ou padrões de eficiência que estimulem a poupança. Tendencialmente as atuais políticas da saúde tendem a minimizar esta metodologia de financiamento transformando progressivamente os Hospitais do SPA em Hospitais EPE.

No caso dos Hospitais EPE é utilizado o modelo de financiamento da produção efetiva, que se vai abordar no ponto seguinte.

4.10.3. Modelo de financiamento baseado na produção efetiva

No modelo de financiamento baseado na produção efetiva é elaborado um conjunto de documentos de suporte à contratualização, entre eles um plano de negócios

a três anos, um plano de desempenho anual, um plano de atividades e um contrato programa para o ano, onde são espelhados os preços que remuneram a produção, ou seja a capacidade instalada de cada hospital em todos os fatores de produção. Além disso, é feita uma negociação entre a ARS e cada hospital no sentido de estabelecer metas orçamentais para os níveis de produção contratada.

O hospital mediante a sua capacidade instalada negocia internamente com cada um dos serviços, define globalmente o que se propõe produzir e investir, e coloca em cada um dos planos as necessidades de financiamento, os custos e receitas envolvidas, devidamente justificados.

A produção é valorizada uniformemente e o seu financiamento advém do número de unidades produzidas. São estabelecidos preços de referência para um grupo de hospitais do mesmo nível e esses preços são ajustados a um índice de complexidade que reflete o custo das patologias tratadas e visa conseguir uma diferenciação entre os hospitais do mesmo grupo de financiamento, isto unicamente para o internamento e ambulatório médico e cirúrgico, uma vez que as restantes linhas de atividade possuem igual preço entre as unidades hospitalares do grupo.

Têm sido também introduzidos financiamentos para medicamentos específicos que oneram os hospitais como por exemplo Artrite Reumatóide. Foram ainda estabelecidos para alguns hospitais linhas de financiamento para doentes HIV, para planos de saúde como o Diagnóstico Pré-Natal, etc.

É ainda fornecida aos hospitais uma verba pelo cumprimento de alguns indicadores de qualidade e eficiência. Esta componente variável (sensivelmente 4% do orçamento) pretende garantir alguns padrões de qualidade, acessibilidade e eficiência do ponto de vista económico-financeiro.

Numa fase inicial e nos primeiros anos de transformação em sociedades anónimas e entidades públicas empresariais foram definidos para a maioria dos hospitais “verbas de convergência” para que os hospitais se adaptassem e convergissem para a situação de equilíbrio.

4.11. Modelo de financiamento atual

4.11.1 Distribuição de *plafond* financeiro pelas regiões

A metodologia de financiamento no que respeita à afetação de verbas de financiamento para a contratualização hospitalar foi, no presente ano, objeto de revisão tendo em vista uma melhor equidade na alocação de recursos financeiros na prestação de cuidados de saúde hospitalares. A atual metodologia pressupõe a definição de um valor capitacional a distribuir pelas regiões de saúde. A distribuição de recursos financeiros às regiões de saúde foi definida com base nas características da população sob a responsabilidade de cada região, considerando para o efeito, as necessidades específicas da população, as determinantes da despesa em internamento e ambulatório (enquanto proxy da despesa hospitalar) e o fluxo inter-regional de doentes.

Na distribuição de recursos financeiros foram tidos os seguintes aspetos em consideração:

- A- O valor aprovado em 2011, para financiamento das EPE que dada a criação de seis novos Centros Hospitalares e de uma Unidade Local de Saúde, foi simulado um universo comparável com 2012, para que as novas instituições assumissem 12 meses de atividade. Sendo posteriormente excluído o financiamento das ULS visto integrar cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários.
- B- A população é o denominador base para a distribuição dos recursos disponíveis pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde. O financiamento *per capita* de cada região é determinado pela razão entre o volume de financiamento total alocado à atividade hospitalar (não são consideradas as ULS) e a população servida;

Componentes na alocação de recurso:

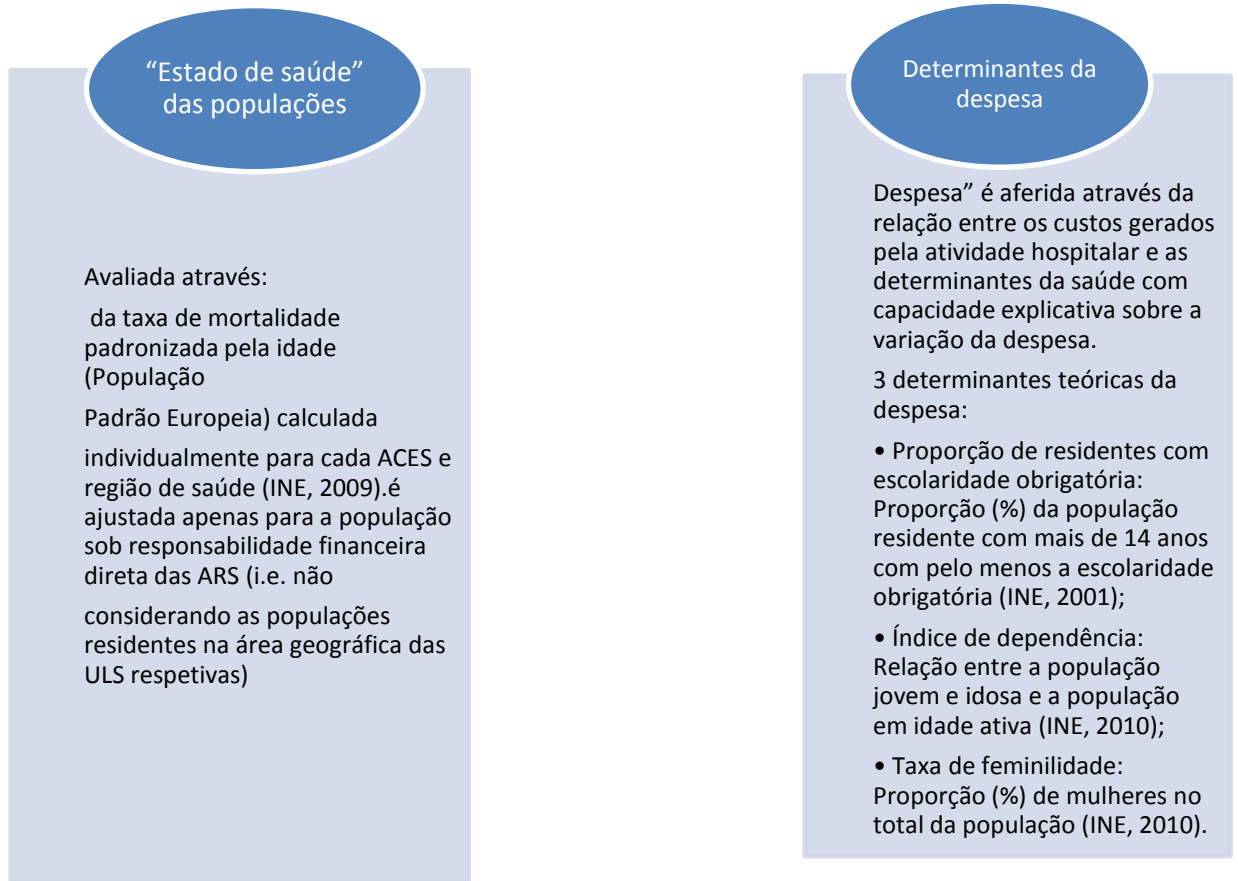


Fig. 14 – Componentes da alocação de recursos no modelo de financiamento hospitalar (2012)

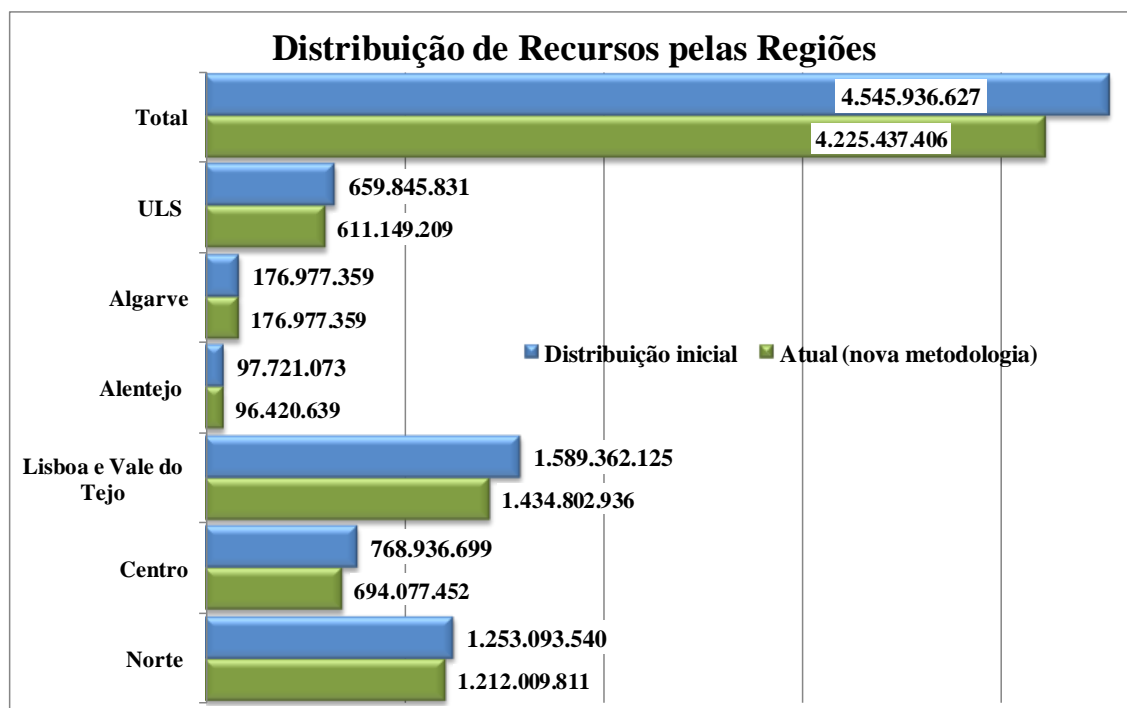
Da conjugação das duas dimensões, resulta a formação do índice teórico composto pelas duas componentes: necessidades em saúde (aferida pela taxa de mortalidade padronizada pela idade) e determinantes da despesa, ambas com peso de 50%.

Os residentes em cada região de saúde podem ser tratados em hospitais de regiões distintas, apelidando-se este movimento inter-regiões de “fluxo de doentes”. Reavaliou-se o orçamento alocado a cada uma das regiões, tendo em conta o movimento referido.

O fluxo de doentes a nível nacional foi determinado através da informação constante na base de dados de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH):

Da conjugação das várias componentes definidas para o modelo chegamos à seguinte distribuição de recursos financeiros:

Gráfico 27: Implicação da mudança de metodologia na distribuição de fundos da saúde pelas regiões



Fonte: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos contrato programa 2012

4.11.2. Modelo de financiamento atualmente utilizado

Atualmente, os três modelos atrás referidos, são de aplicabilidade no nosso país consoante o regime jurídico da instituição (entidades EPE- modelo baseado na produção efetiva e entidades SPA- modelo baseado em custos históricos) e ainda o caso das ULS que vêm o seu financiamento ser atribuído por capitação. Contudo, atendendo ao número elevado de instituições EPE verifica-se que o modelo de financiamento dos hospitais assenta maioritariamente num modelo de financiamento pela produção efetiva.

Este modelo nos últimos anos, e em particular no presente ano, tem sofrido alguns ajustamentos no sentido de se adaptar às exigências do controlo orçamental das verbas afetas à saúde por via do orçamento geral do estado.

A conjuntura económica atual e as exigências decorrentes do programa de ajuda externa da *troika* levaram a que as verbas afetas aos hospitais, além de em valor inferior

à de anos anteriores, sejam limitadas ao valor global do contrato programa estabelecido. Isto é, em anos anteriores, um hospital poderia esgotar a verba afeta no contrato programa desde que realizada toda a produção contratada podendo toda a produção excedente ser faturada, a preços de produção marginal e até um limite de 10% da produção contratada. De igual modo a produção cirúrgica na modalidade de internamento e ambulatório não estava limitada, podendo a mesma ser faturada a preços de produção adicional (Portaria SIGIC).

Atualmente estas regras continuam válidas, no entanto em circunstância alguma poderá haver lugar à faturação de produção acima da verba global atribuída no contrato programa, isto é, esta produção só pode ser faturada desde que exista libertação de *plafond* financeiro de outras linhas de atividade cuja produção se preveja inferior aos limites contratados, pressupondo por isso um reajustamento do contrato.

Além do financiamento pela produção contratada com base em preços estabelecidos em contrato programa para o internamento médico e cirúrgico, consulta externa, urgência, hospital dia e ambulatório médico e cirúrgico. O modelo atual continua a assegurar financiamento a programas específicos no âmbito de aplicação do plano nacional de saúde, nomeadamente: a) o tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/sida; b) a Saúde Sexual e Reprodutiva (Diagnóstico Pré-Natal, e a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação); c) a promoção dos cuidados prestados na comunidade no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental. Além das áreas específicas mencionadas existe ainda financiamento autónomo para a formação dos Médicos Internos do primeiro e segundo ano da especialidade e medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório para patologias selecionadas.

Estão ainda considerados os programas específicos: Ajudas Técnicas; Assistência Médica no Estrangeiro; Assistência na área da saúde mental prestada por Ordens Religiosas, Convenções Internacionais, Doenças Lisossomais de Sobrecarga e Incentivos aos Transplantes, Tratamento Cirúrgico da Obesidade (exclusivamente para doentes que iniciaram o Programa em 2010 ou 2011 e que se encontram em 2012 no 1º ou 2º ano de *follow-up*) e Programa para Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade.

O modelo atual inclui uma componente de atribuição de incentivos institucionais correspondentes a uma percentagem de sensivelmente 4,0% do valor financeiro de cada

contrato programa. O valor apurado é atribuído de acordo com o cumprimento das metas que vierem a ser negociadas com os Departamentos de Contratualização das ARS, para os indicadores selecionados. A repartição do valor do incentivo institucional tem por base a seguinte distribuição: 50% objetivos institucionais comuns de âmbito nacional portanto comuns a todas as regiões e os restantes 50% são objetivos institucionais atribuídos por cada região. Os objetivos definidos comportam indicadores de acesso, de desempenho assistencial e de desempenho económico-financeiro

5. Conclusões

A população portuguesa tem vindo a aumentar nas últimas décadas, estando maioritariamente concentrada nos municípios de Lisboa e Porto, e do litoral em geral, em detrimento dos municípios do interior, perdendo estes população. Constatase que as áreas de baixa densidade/populacional correspondem a concelhos com populações cada vez mais envelhecidas, pobres e com baixa escolaridade.

Quanto ao acesso das populações aos cuidados de saúde, verifica-se que este tem sido cada vez mais facilitado. A oferta hospitalar concentra-se sobretudo na faixa litoral e nos centros urbanos, tentando responder assim às necessidades das populações. Nos últimos 30 anos aumentou a oferta de serviços de saúde, com o aumento do número de centros de saúde e camas hospitalares, e simultaneamente a melhoria das suas condições físicas, nomeadamente com a construção e remodelação de 21 hospitais.

Em termos de recursos humanos em saúde, ocorreu também um grande incremento de médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, proporcionando este crescimento uma maior utilização dos serviços de saúde, aumentando por isso o número de consultas e urgências por habitante. No entanto, tanto a utilização dos CSP como a dos hospitais, revelam padrões regionais distintos. Verifica-se que as maiores utilizações de CSP foram as da população da região de saúde do Centro e no Alentejo, atraindo os centros de saúde cada vez mais clientela, principalmente nas áreas de características rurais. Quanto à utilização dos hospitais a maior variação ocorreu nos distritos da região de saúde do Norte, sendo que a região com maior utilização é Coimbra seguida por Lisboa.

O desenvolvimento económico-social que se verificou em Portugal nos últimos 30 anos foi decisivo para melhorar o estado de saúde das populações, levando

consequentemente ao aumento da esperança de vida à nascença de quase 8 anos e uma diminuição da diferença entre os 2 géneros. Estes ganhos são justificados pela melhoria de saúde das crianças e das mães, influenciando também na diminuição da taxa de mortalidade e taxa de mortalidade infantil. Isto reflete não só uma melhoria generalizada na assistência médica e de saúde, mas também uma melhoria das condições sociais e económicas da população em geral.

A diminuição dos anos de vida potencialmente perdidos assim como da relação percentual das mortes evitáveis no total de óbitos que ocorreram com menos de 65 anos de idade também permitiram constatar os ganhos em saúde obtidos. No entanto, apesar destes ganhos em saúde observados ao longo dos últimos decénios, continua a observar-se diferenças entre regiões.

As razões para as diferenças regionais dos níveis de saúde que persistem são complexas e envolvem um conjunto vasto de fatores. Geralmente, as iniquidades estão relacionadas com as determinantes sociais da saúde, incluindo: condições de habitação, estilos de vida, emprego, condições de trabalho, rendimento, educação e acesso a proteção social. O acesso seguro a cuidados de saúde efetivos é um determinante de saúde essencial. Conclui-se assim que para reduzir as iniquidades em saúde e o sistema de saúde necessita de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e de distribuir equitativamente a prestação de cuidados pela população. Parece evidente que o acesso a cuidados de saúde depende de uma multitude de fatores. Do lado da procura, a idade, o estatuto socioeconómico, experiências passadas com cuidados de saúde, perceções sobre os benefícios e qualidade dos cuidados, e o nível de literacia afetam as decisões para procurar cuidados. Do lado da oferta, o desenho do sistema de saúde, a sua cobertura e disponibilidade de pacotes de cuidados, o volume e distribuição de recursos humanos, listas de espera, padrões de referenciação, sistemas de agendamento, continuidade de cuidados, e a qualidade dos cuidados afetam a acessibilidade.

De igual modo, se o sistema de saúde existe para as pessoas, o primeiro determinante de necessidade a considerar deve ser a população pela qual cada prestador de cuidados de saúde é responsável. Portanto, a população é o denominador base para a distribuição dos recursos disponíveis pelos prestadores de cuidados de saúde: capitação. Assim seria interessante que os cuidados de saúde fossem prestados de forma integrada tendo em vista populações e clientela específica.

O critério para avaliar a equidade da distribuição da prestação de cuidados de saúde é a própria equidade em saúde, e como tal, deveremos partir do estado de saúde das populações. Nesta esfera, e considerando a equidade vertical, a alocação de recursos em proporção às diferentes necessidades (sejam elas quais forem) implica desigualdade na alocação de recursos.

Pela aplicação deste último princípio, a alocação de recursos financeiros no sistema de saúde deverá depender do estado de saúde das populações e é importante ter em conta que as populações mais abastadas estão mais capacitadas para obter acesso aos cuidados, retirando mais benefícios dos recursos de saúde e as populações mais desfavorecidas utilizam os cuidados mais tardiamente, ou têm maiores barreiras à utilização de cuidados, devido a constrangimentos de natureza socioeconómica.

Como referido anteriormente, as despesas de saúde em Portugal têm vindo a aumentar ao longo dos anos, à semelhança do que acontece noutros países. Isto significa um esforço crescente para o Estado e para as famílias, uma vez que a despesa em saúde no orçamento familiar é bastante significativa, podendo até pôr em causa o acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado as expectativas da população são cada vez mais elevadas, criando uma pressão acrescida sobre os custos do SNS.

Sendo assim, o grande desafio para o atual SNS será colocá-lo ao serviço dos interesses das necessidades de saúde da população, cada vez mais envelhecida, num contexto de escassez de recursos, de grande exigência na qualidade da resposta e de permanente evolução técnica e tecnológica. Por força de uma maior procura (mais doentes devido ao envelhecimento populacional e da prevalência de doenças crónicas), e de uma maior oferta (novas tecnologias de saúde, maior incidência na prevenção, a biotecnologia e a tendência para a “customização”), o futuro trará sem dúvida mais e melhor saúde, mas também seguramente a necessidade de maior investimento em saúde.

O SNS requer, pois novas regras administrativas, criação de consensos, partilha de saberes, para além de necessitar de instrumentos, como os contratos programa, negociados entre entidades públicas/privadas, com o objetivo final de organizar a atividade pública da saúde, pois sem instrumentos correspondentes às inovações que o SNS traz para a gestão pública, não será possível trabalhar em função das necessidades dos cidadãos.

O objetivo das reformas deve, acima de tudo, ser o de garantir o futuro, renovando com justiça o contrato entre gerações, partilhando riscos e custos de forma mais equilibrada para dar robustez e sustentabilidade ao Estado Social. A fórmula para ultrapassar o difícil financiamento da saúde, consiste essencialmente em conhecer com rigor a situação atual do País e discutir com clareza as alternativas que se colocam.

Há que encarar o problema da sustentabilidade de frente. Tanto os profissionais e os dirigentes como os cidadãos têm que assumir as respetivas responsabilidades. Os profissionais têm de aprender a moderar os gastos e a não desperdiçar. Os cidadãos têm de compreender que o orçamento não vai permanecer elástico. É inevitável que o Orçamento de Estado deixe de ser a única fonte de financiamento do SNS. Há, pois, que encontrar formas alternativas de financiamento, pelo que é necessária alguma imaginação e sobretudo, muita determinação política.

Capítulo III - Indicadores que Demonstrem Ineficiência do Setor Hospitalar

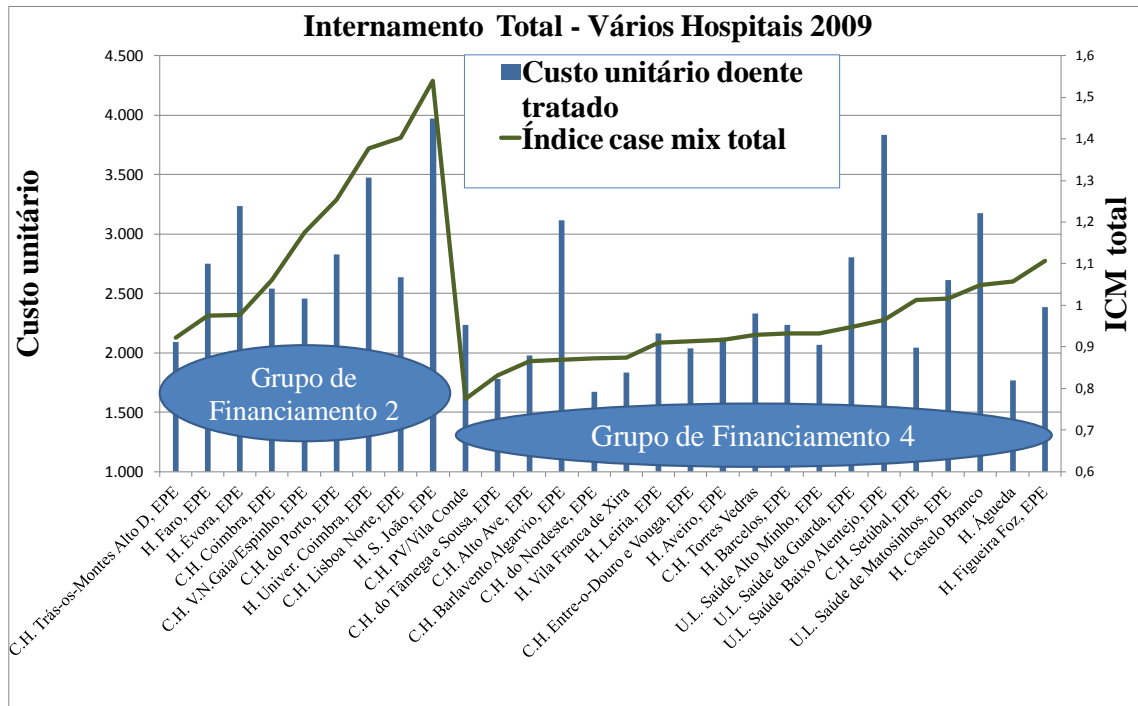
O Serviço Nacional de Saúde português está classificado, segundo a avaliação da maioria dos indicadores, como sendo um dos melhores a nível dos países da OCDE. O SNS dispõe hoje, não só de uma excelente e articulada rede de serviços mas também dos mais modernos equipamentos e tecnologias e elevada especialização dos seus profissionais. A aposta do SNS nas últimas décadas, assentou principalmente na acessibilidade e proximidade às populações, na qualidade, na diferenciação e excelência do serviço prestado, mas também na humanização e no respeito pelos direitos dos doentes.

Não há dúvida, e segundo literatura, as medidas tomadas nos últimos anos, têm aumentado substancialmente o nível de eficiência, sendo que as taxas de crescimento da produção são superiores às taxas de crescimento da despesa e que o nível de despesa é idêntico ao dos outros países com resultados semelhantes nos principais indicadores de saúde. No entanto, as taxas de crescimento da despesa são normalmente superiores à dos outros setores de atividade e podem vir a ser consideradas desmesuradas quando comparadas com a produtividade e riqueza da população portuguesa. Sendo assim, a riqueza do Estado Português pode não suportar os gastos de manter um elevado padrão de saúde à população ou pode também haver necessidade de direcionar recursos para outros setores de atividade em detrimento do investimento na saúde.

Como é referido no estudo elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar 2011, o custo unitário do doente padrão, conceito que agrega as diferentes atividades do hospital, ponderadas pelo seu peso relativo e pela sua complexidade (metodologia ACSS) tem uma enorme variabilidade entre hospitais e regiões.

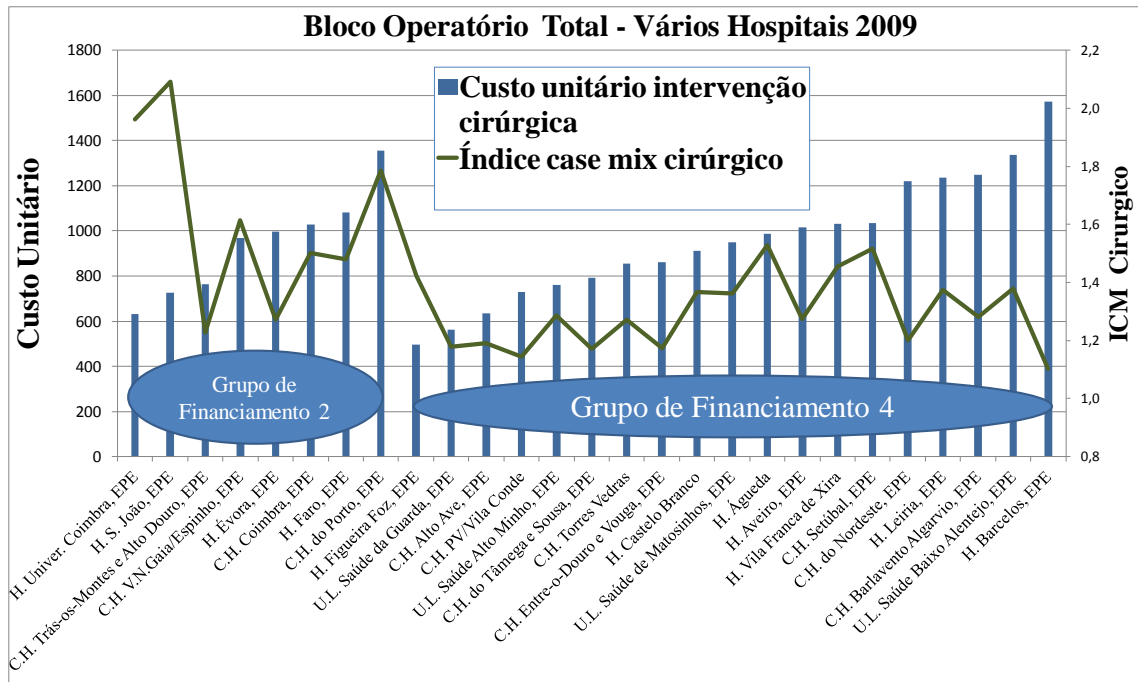
Com este capítulo pretende-se transmitir que existe espaço para melhorar a gestão hospitalar. Começa-se assim por comparar alguns resultados de vários hospitais escolhendo-se para tal três indicadores que refletem essencialmente os custos de produção, a demora média de internamento e a complexidade das patologias tratadas, que conjugados podem sugerir falha relacionadas com a duração do tratamento no internamento e a utilização diferenciada de recursos.

Gráfico 28 – Custo unitário do doente tratado conjugado com o valor do ICM em dois grupos de financiamento



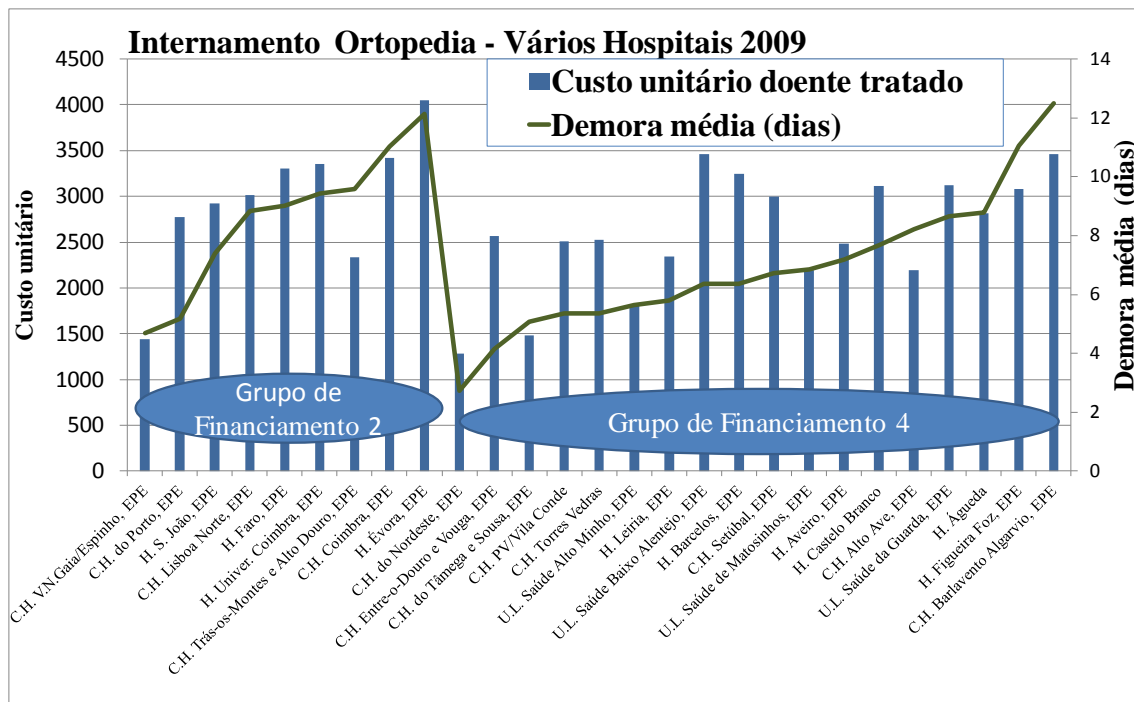
Fonte: ACSS

Gráfico 29 – Custo unitário da intervenção cirúrgica comparado com o ICM cirúrgico em dois grupos de financiamento



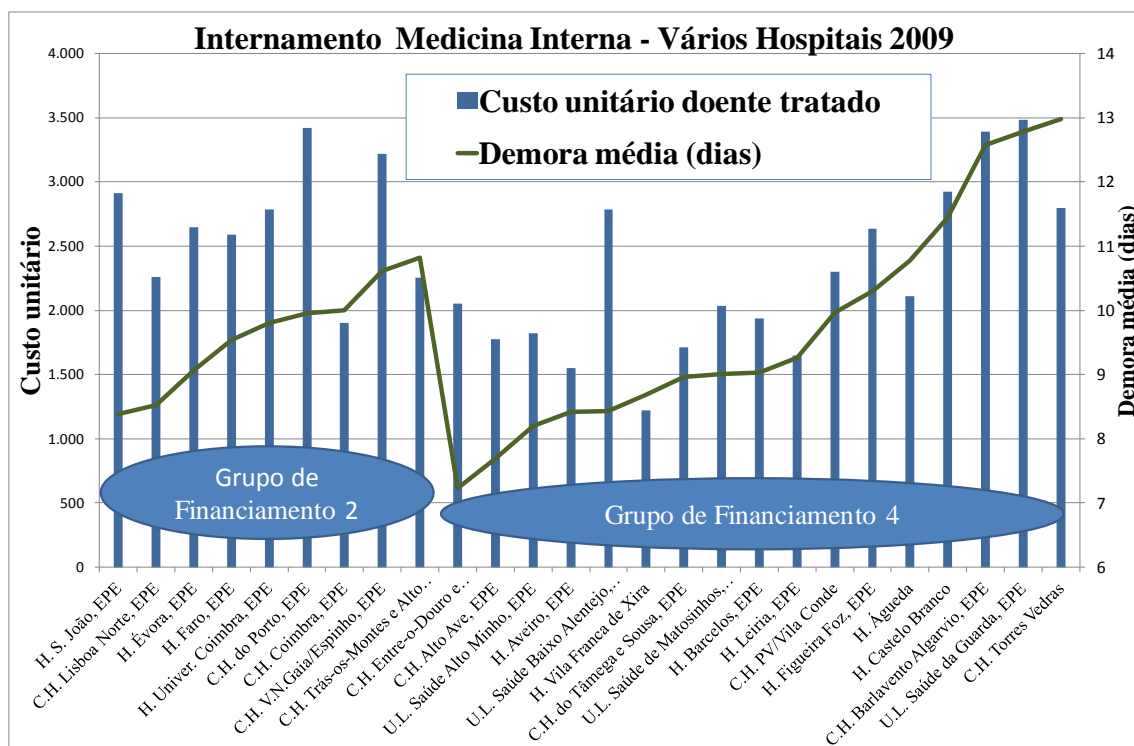
Fonte: ACSS

Gráfico 30 – Custo unitário do doente tratado e demora média de internamento da especialidade de ortopedia em dois grupos de financiamento



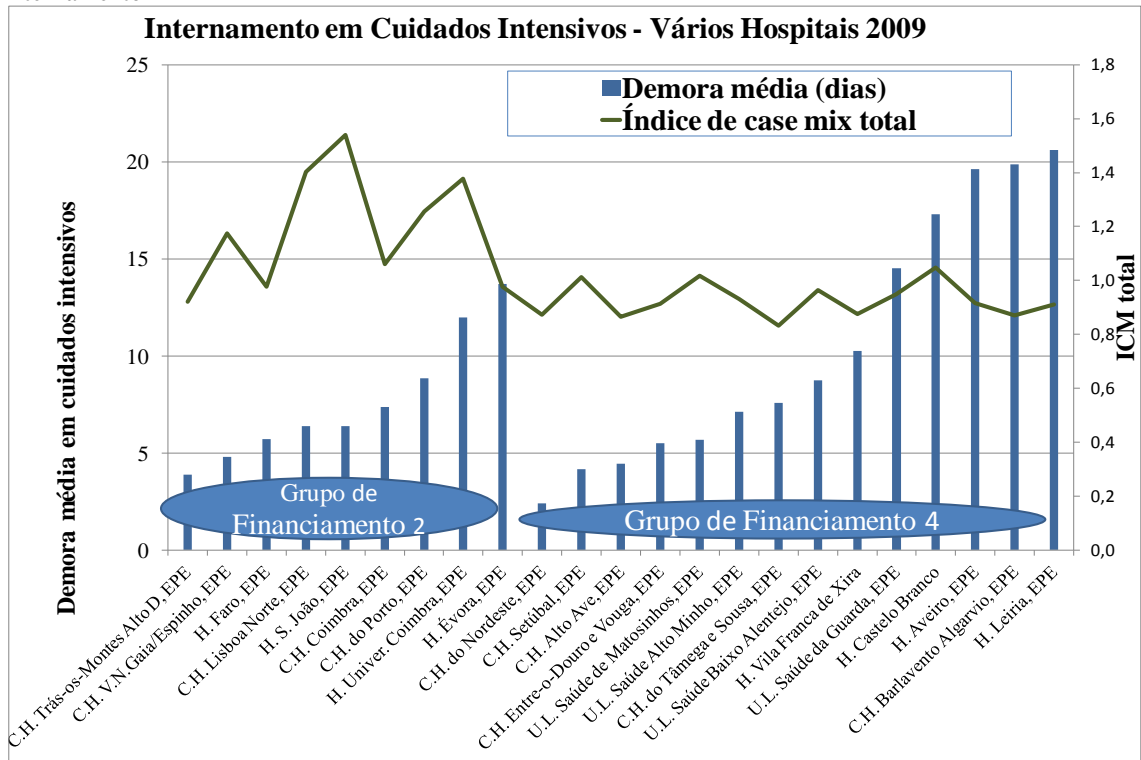
Fonte: ACSS

Gráfico 31 – Custo unitário do doente tratado e demora média de internamento da especialidade de medicina interna em dois grupos de financiamento



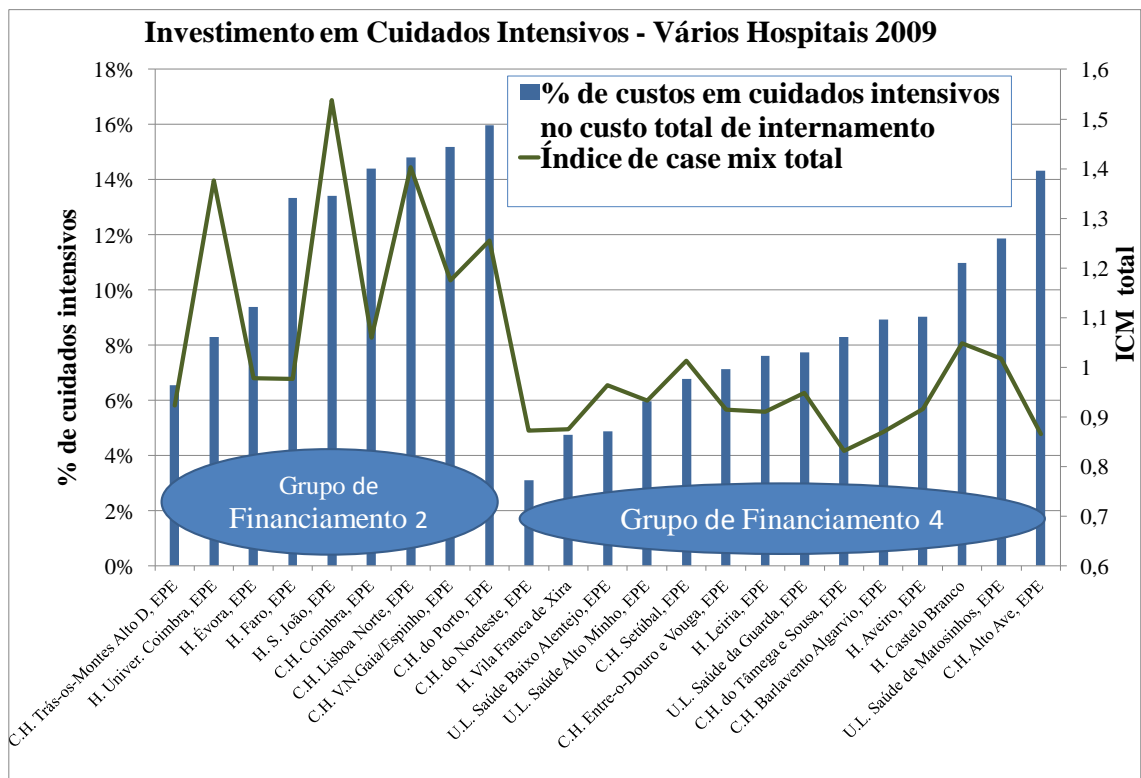
Fonte: ACSS

Gráfico 32– Comparação da demora média de internamento em cuidados intensivos e o ICM de internamento



Fonte: ACSS

Gráfico 33– Comparação do peso do gasto em cuidados intensivos no custo total de internamento com o ICM



Fonte: ACSS

Através da análise dos gráficos conclui-se que não existe uma relação direta entre o custo de produção e o índice de complexidade (ICM)¹. Verifica-se também que nem sempre os hospitais que mais investem em serviços de cuidados intensivos, indicador de tratamento de patologias complexas e de maior gravidade, são recompensados em termos de ICM. Constatam-se ainda indiferença entre o valor do ICM de cada um dos hospitais e a demora média² de internamento em cuidados intensivos. A conjugação destes fatores pode conduzir a deficiências no atual preço e ponderação dos GDH da tabela de financiamento uma vez que se baseia em diagnósticos clínicos que não abrangem a total complexidade e os níveis ou estados da doença.

Os grupos de financiamento³ classificam hospitais segundo a dimensão e complexidade definindo o nível dos preços a contratualizar no contrato programa. A principal diferença entre os hospitais do mesmo grupo ocorre ao nível do ICM aplicado ao internamento. Este indicador é apurado a partir da produção anterior e ao nível dos coeficientes de ponderação⁴ dos GDH constantes na tabela de faturação. Este facto pode promover nas restantes linhas de atividade algum tipo de seleção de doenças com impacto na oferta hospitalar e na utilização de recursos, causando enviesamentos ao sistema de financiamento, dado que, por exemplo, o preço da consulta externa é igual entre instituições e independente da especialidade. De acordo com Costa (1990), as

¹ ICM - Coeficiente global de ponderação da produção, refletindo a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes.

Doente equivalente - Número 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 conjuntos “equivalentes” ao tempo médio de internamento dos episódios “normais” do respetivo GDH.

² Demora Média (Serviço) - Média de dias de internamento utilizados pelos doentes com alta de um serviço (doentes tratados) em determinado período. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos doentes tratados e o total dos doentes tratados no período.

³ Grupos de financiamento – sistema de classificação que agrupa hospitais segundo a dimensão e complexidade com especial incidência ao nível dos preços de contratualizados.

⁴ Coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado de tratar um doente típico desse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente nacional, que tem, por definição, um coeficiente de ponderação de 1.0.

organizações de saúde fazem mesmo depender a sua reestruturação produtiva e as suas decisões estratégicas do sistema de preços vigente.

Esta análise evidencia incapacidade dos sistemas de custeio para refletir no financiamento das instituições de saúde os reais custos de funcionamento dos serviços ao nível da especialidade da consulta externa ou ao nível dos GDH.

Quadro 9: Evolução dos GDH cirúrgicos e primeiras consultas médicas nacionais vs homólogo e contratualizado

	Demora média (dias) em internamento hospitalar					
Meta 2010 (a)	6,0					
Melhor valor da EU 15 (b)	ND					
Portugal (2002)	7,4					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Portugal	8,4	8,3	8,2	8,1	7,9	8,2
NUTS II (c)						
Norte	7,5	7,4	7,2	7,2	6,9	7,2
Centro	9,3	9,2	9,4	8,8	8,7	9,1
LVT	8,6	8,6	8,7	8,5	8,5	8,6
Alentejo	10,3	9,9	9,5	9,0	9,0	8,9
Algarve	7,3	7,2	7,0	6,8	7,2	7,2

(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág76.

(b) Não Disponível. (c) NUTS II de 1999. Fonte: INE, 2001.

A demora média de internamento é um dos principais indicadores de eficiência hospitalar, pois uma pequena variação implica oscilações significativas nos custos de produção. A análise ao quadro 9 revela que, em média, os doentes das Regiões Norte e Algarve estiveram menos tempo internados do que os restantes. Entre 2004 e 2009 a demora média manteve o mesmo valor em Lisboa e Vale do Tejo e diminuiu nas restantes Regiões, mas de um modo mais acentuado na Região do Alentejo (-13,6%). Em paralelo com a análise gráfica verifica-se uma grande dispersão de valores em termos de demora média de internamento de cada unidade hospitalar. As comparações entre hospitais do mesmo grupo de financiamento ou regiões indicam claras ineficiências que podem sugerir insuficiente capacidade da rede de cuidados continuados, práticas médicas muito diversas, ineficiente utilização de recursos, preços e ponderação dos GDH desajustados da realidade assistencial e, obviamente, uma enorme oportunidade de melhoria. (Santana, R., 2005)

Capítulo IV – Análise e Discussão dos Dados

1. Metodologia

De forma a analisar a opinião sobre o sistema de financiamento da saúde, foi elaborado um questionário composto por 57 questões (ver anexo 1). Estes inquéritos foram enviados por correio eletrónico e devolvidos para todos os hospitais nacionais entre 12 Janeiro e 1 Março de 2012.

Os temas abordados nas questões são: a) contabilidade analítica dos hospitais; b) nível de eficiência hospitalar; c) qualidade dos serviços hospitalares; d) sistemas de informação; e) sistemas de financiamento; f) sistemas de custeio; e ainda algumas perguntas de índole geral sobre o sistemas de saúde português.

1.1. Caracterização da amostra

A amostra é composta por um total de 59 pessoas, de ambos os sexos, com responsabilidade de gestão ao nível hospitalar, como administrador/gestor hospitalar, médico ou enfermeiro.

a) Grupo profissional

No total responderam ao questionário 30 administradores/ gestores, 12 médicos, 7 enfermeiros, 9 outras pessoas com responsabilidade a nível da gestão hospitalar que não se incluem em nenhuma das funções anteriores e mais 1 cujo cargo é desconhecido.

b) Habilitações académicas

Quanto às habilitações académicas da amostra estas foram divididas em licenciatura, mestrado, doutoramento e pós-graduação. No total responderam ao questionário 23 licenciados, 7 mestres, 3 doutorandos, 21 pós-graduados e 5 pessoas das quais se desconhece a habilitação académica.

c) Tempo de serviço total no setor da saúde

Tendo agora em consideração o tempo de serviço total no setor da saúde, foi dividido em intervalos de 5 anos cada, ou seja, uma primeira opção correspondente até 5 anos, obteve-se uma amostra com 1 pessoa que trabalha há menos de 5 anos no setor da

saúde, 20 que trabalhavam há mais de 5 e menos de 15 anos, 35 que trabalhavam há mais de 15 anos e 3 cujo tempo de trabalho no setor da saúde se desconhece.

d) Tempo de serviço em Conselhos de Administração do setor da saúde

Dividindo a amostra em tempo de serviço em Conselhos de Administração de saúde tem-se: 9 respostas que indicam tempo de serviço até 5 anos, 7 há mais de 5 anos e menos de 15, 7 há mais de 15 anos.

e) Tempo de serviço como gestor/administrador no setor da saúde ou outra função/cargo no setor da saúde

Analisando o tempo de serviço como gestor/ administrador no setor da saúde verifica-se que 9 das respostas indicam desempenho nestas funções há menos de 5 anos, 16 há mais de 5 e menos de 15 anos, 12 há mais de 15 anos.

Nos inquiridos com outra função no setor da saúde, 4 exercem esta função há menos de 5 anos, 12 há mais de 5 e menos de 15 anos e 11 há mais de 15 anos.

f) Modelo de gestão presente na instituição

Quanto ao modelo de gestão presentemente na instituição para a qual os indivíduos trabalhavam, 47 correspondiam a Entidade Pública Empresarial, 3 a Administração Regional de Saúde, 2 a Administração Central do Sistema de Saúde, 2 ao Setor Público Administrativo, 2 a Unidade Local de Saúde, 1 a um Instituto Privado de Direito Público. Nenhum dos inquiridos pertencia a uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Dois dos interrogados não indicaram o modelo de gestão da sua instituição.

g) Localização e nome da instituição

Quanto à localização geográfica os inquiridos foram subdivididos em zona Norte, Centro, Sul e Ilhas.

Na zona Norte: 26 dos inquiridos eram do Centro Hospitalar do Porto, 3 do Centro Hospitalar do Alto Ave, 2 do IPO do Porto, 1 do Centro Hospitalar de Barcelos, 1 do Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia, 1 do Centro Hospitalar Nordeste, 1 da

Administração Regional de Saúde do Norte e 1 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Na zona Centro: 3 do Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2 da Administração central do Sistema de Saúde, 2 da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo, 1 era de Aveiro, 1 de Águeda, 1 do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, 1 do IPO de Lisboa, 1 do Centro Hospitalar de Setúbal, 1 do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

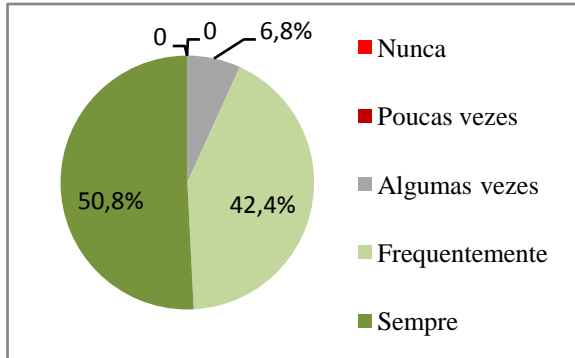
Na zona Sul: 1 pertencia à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e 1 ao Agrupamento dos Centros de saúde do Alentejo Litoral.

Nas Ilhas os 3 inquiridos pertenciam ao Hospital de Ponta Delgada.

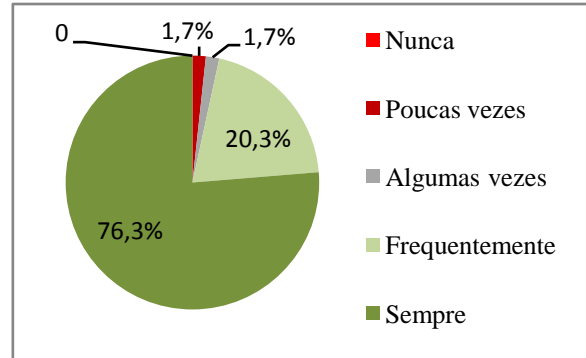
Para 3 dos inquiridos desconhece-se o local de trabalho, uma vez que não o indicaram.

2. Apresentação de resultados do questionário

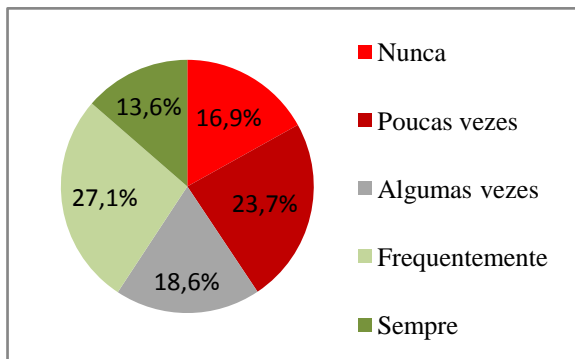
P1: Os novos modelos de gestão (SA, EPE, Centros Hospitalares) para hospitais trouxeram implicações para o setor de saúde.



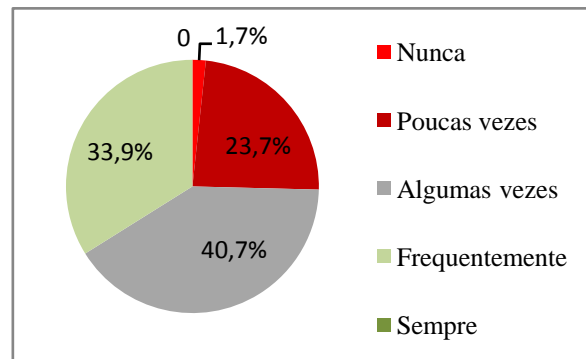
P2: Os recursos disponíveis para as necessidades de saúde são limitados.



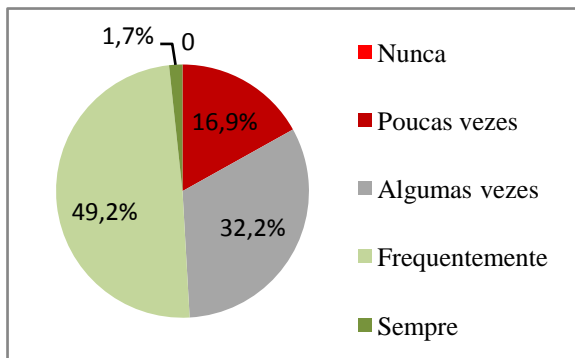
P3: Face à escalada de custos com os cuidados de saúde não é possível assegurar a todos a igualdade de cuidados.



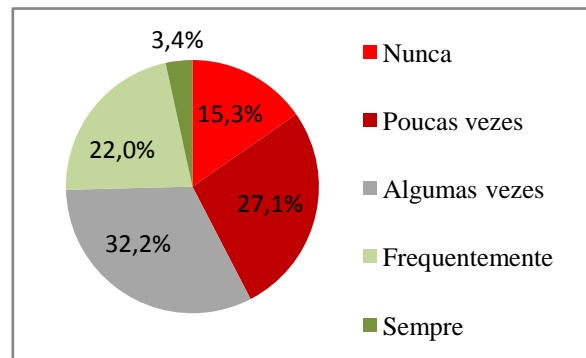
P4: As políticas de contenção de custos e a quantidade de serviço são compatíveis.



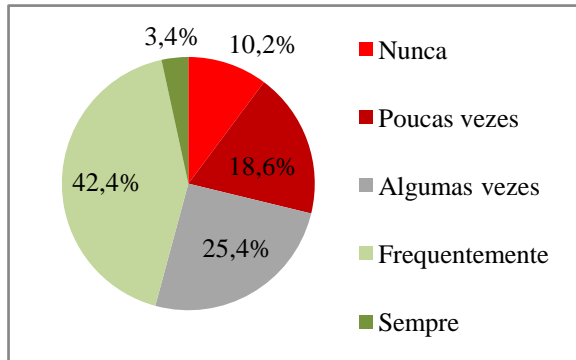
P5: As políticas de contenção de custos e a qualidade de serviço são compatíveis.



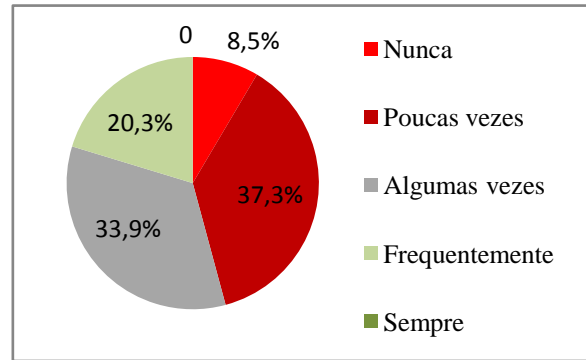
P6: A contabilidade analítica é utilizada pelo Ministério da Saúde como ferramenta para melhorar a eficiência na gestão de recursos.



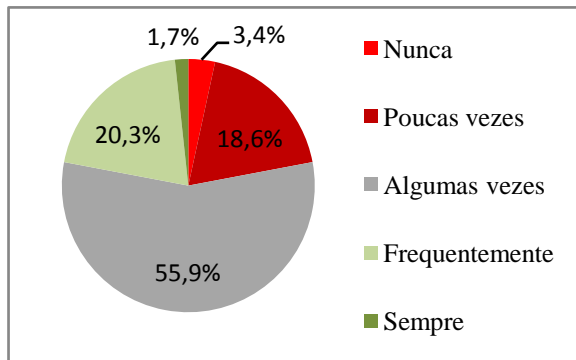
P7: Existem conflitos entre os critérios de boas práticas profissionais e a rentabilidade da capacidade instalada.



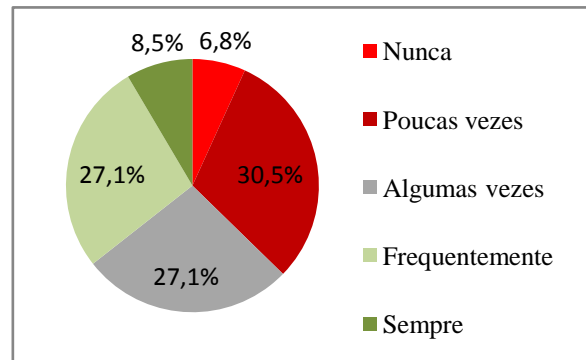
P8: Os sistemas de contabilidade de gestão e o sistema de informação existentes a nível hospitalar apresentam um adequado desempenho (transmitem resultados adequados).



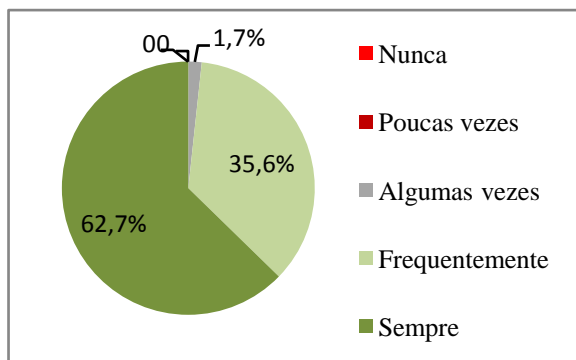
P9: Classifica a sua unidade de saúde como excelente na sua organização e funcionamento.



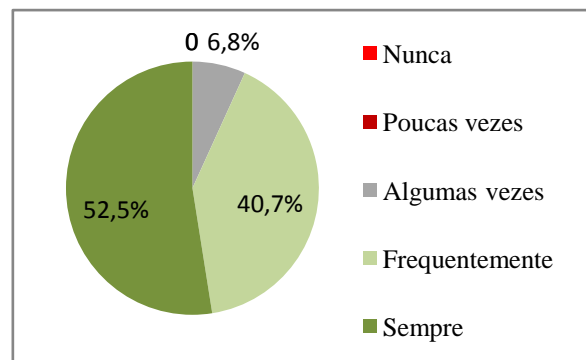
P10: A contabilidade analítica é utilizada como instrumento de gestão.



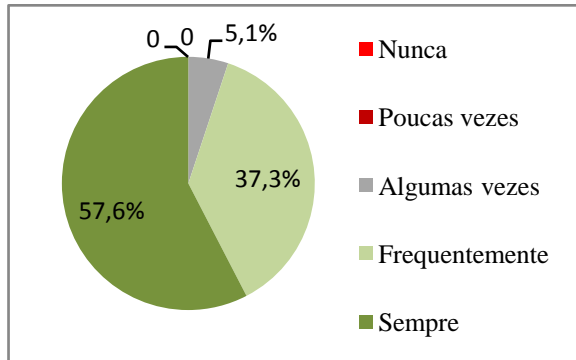
P11: Uma das formas de limitar os custos numa organização é a utilização criteriosa dos materiais necessários.



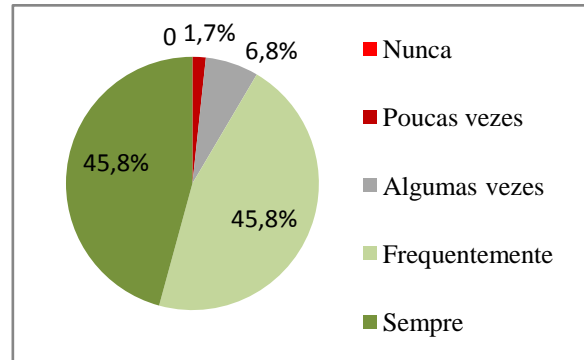
P12: Uma das formas de limitar os custos numa organização é a utilização de indicadores de atividade e de resultado.



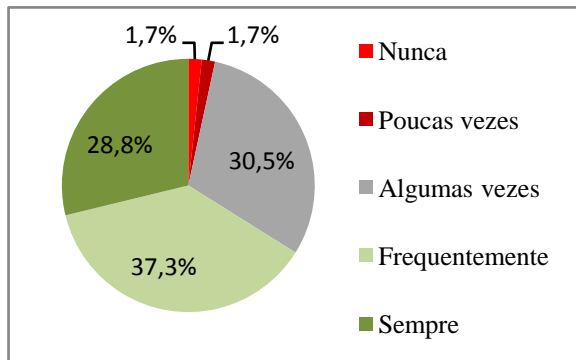
P13: É possível aumentar a produtividade a nível hospitalar.



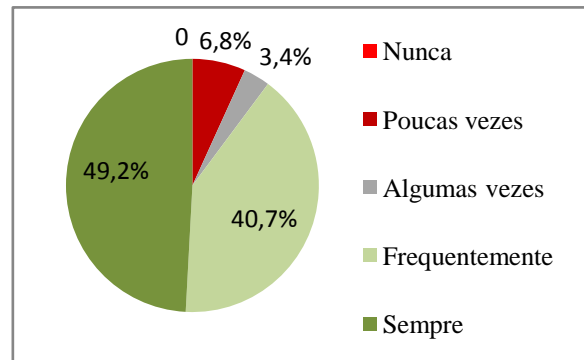
P14: Uma das formas de limitar os custos de uma organização é gerir o tempo com definição de objetivos, planeamento e organização.



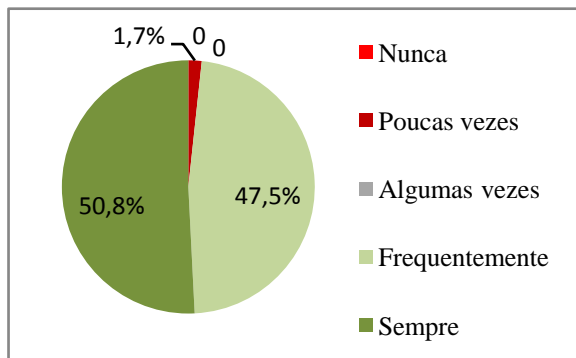
P15: Na unidade onde desempenho a minha atividade existem gastos desnecessários.



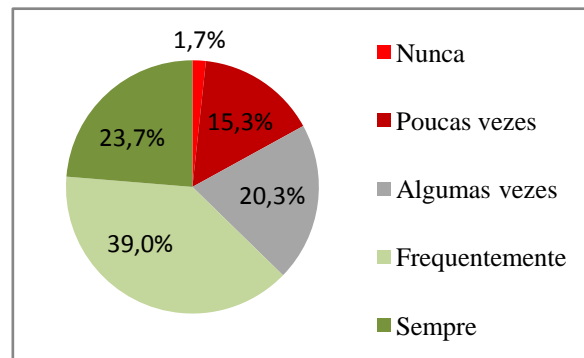
P16: O conhecimento dos custos unitários por GDH é importante para a gestão.



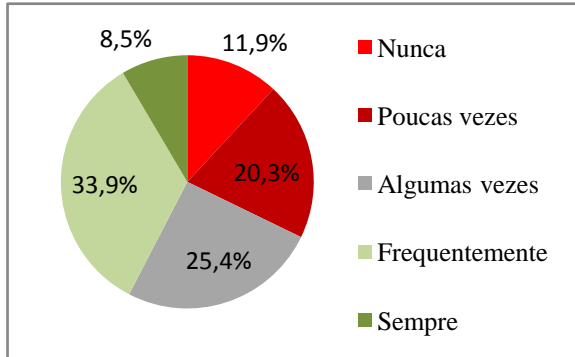
P17: O conhecimento por especialidade dos custos unitários por Consulta/Internamento/Urgência é importante para a gestão.



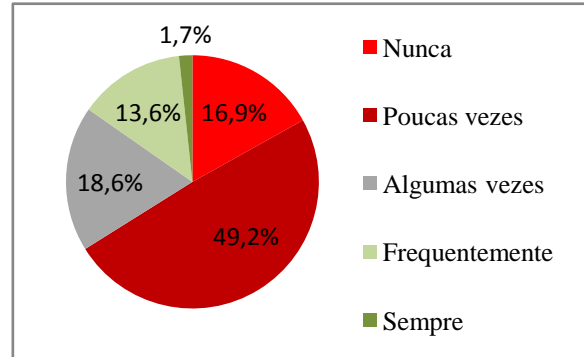
P18: Se eu pudesse alterava a oferta de cuidados de saúde em resultado de indicadores de eficiência.



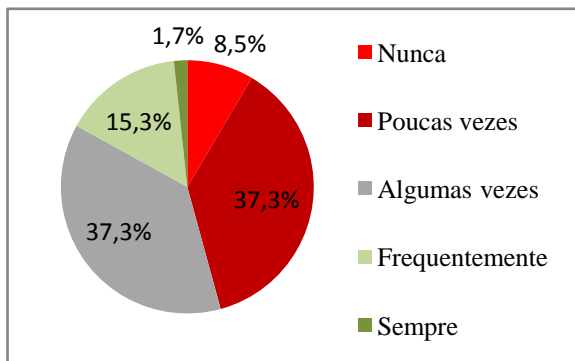
P19: Sei qual o Serviço da minha instituição que é mais ou menos rentável/eficiente.



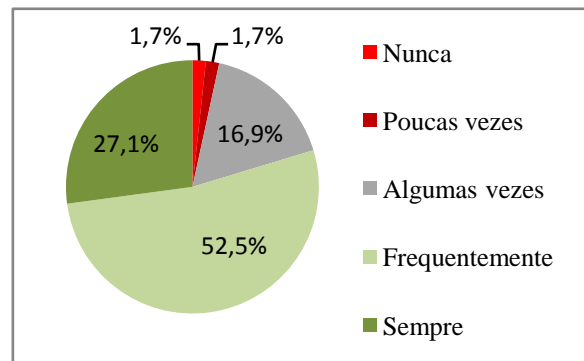
P20: A informação sobre as receitas a nível hospitalar é suficiente para uma boa governação.



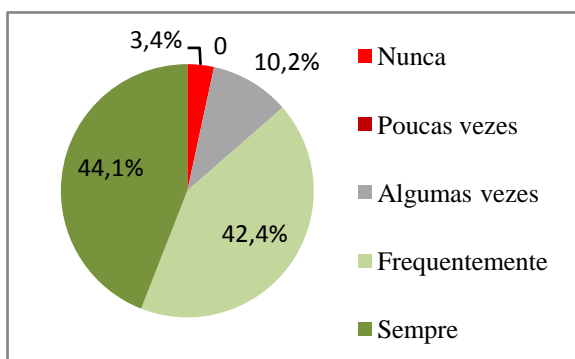
P21: A informação sobre custos é disponibilizada atempadamente.



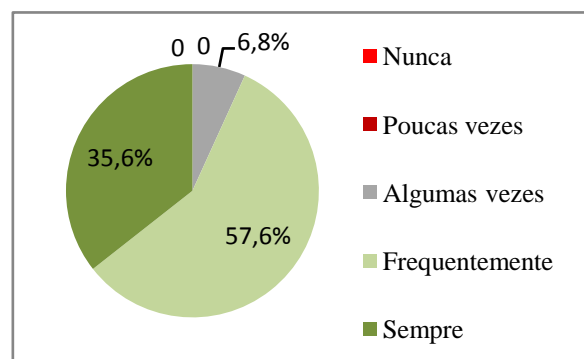
P22: Um sistema de custeio pode evidenciar atividades sem financiamento e subfinanciadas.



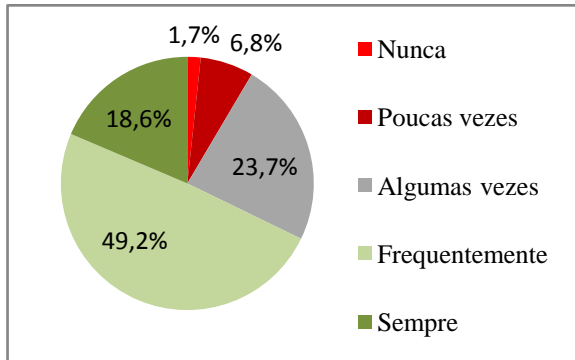
P23: Existem áreas/ procedimentos/ tratamentos subfinanciados.



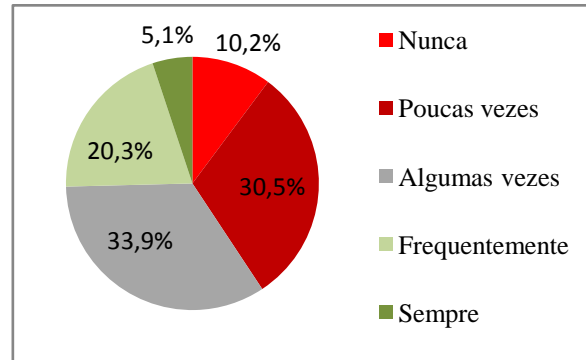
P24: A comparação dos custos/recursos consumidos nas atividades entre hospitais pode permitir ganhos de eficiência.



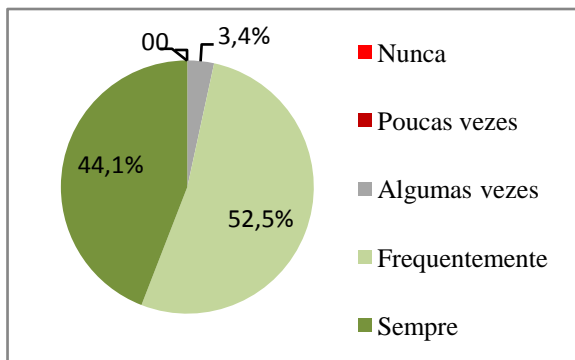
P25: Um sistema de custeio por atividades permite determinar o custo por GDH.



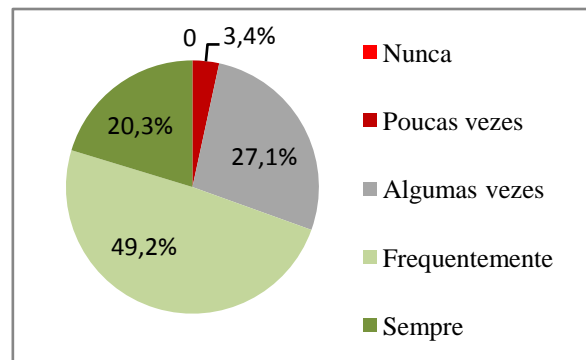
P26: Concordo com a adoção de um preço médio para financiar todo o internamento (Contrato Programa instituído atualmente).



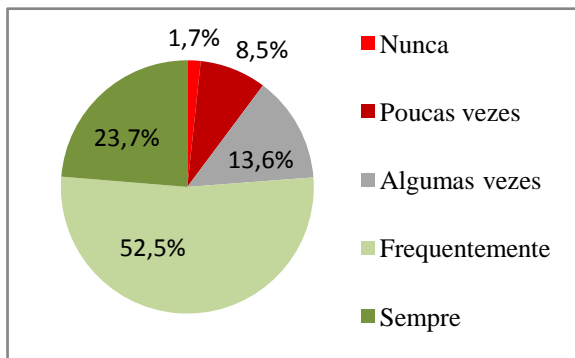
P27: A comparação do valor recebido do SNS com o custo real incorrido pelo Hospital é imprescindível para a gestão.



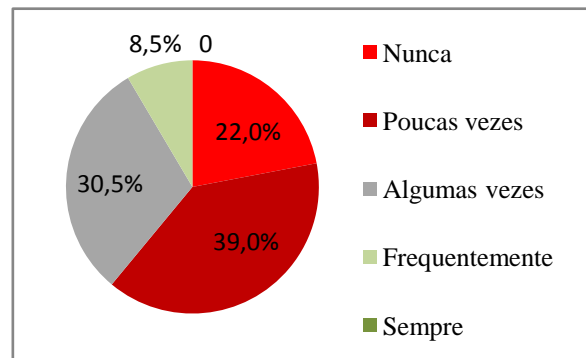
P28: Encontro limitações no sistema de imputação de custos tradicional (Plano de Contabilidade Analítica).



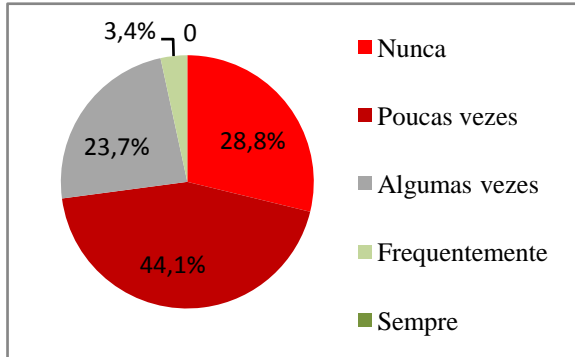
P29: O sistema de pagamentos às unidades hospitalares do SNS influencia os comportamentos dos prestadores de cuidados.



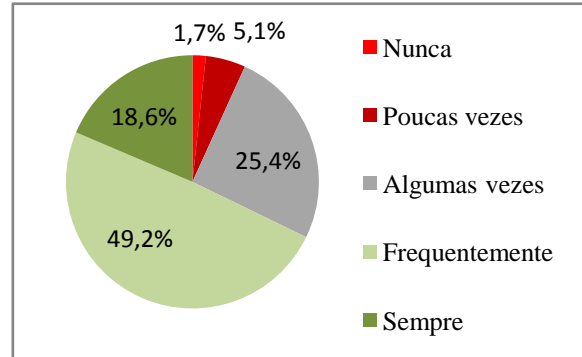
P30: Os Hospitais conseguem apurar custos por GDH de forma rigorosa.



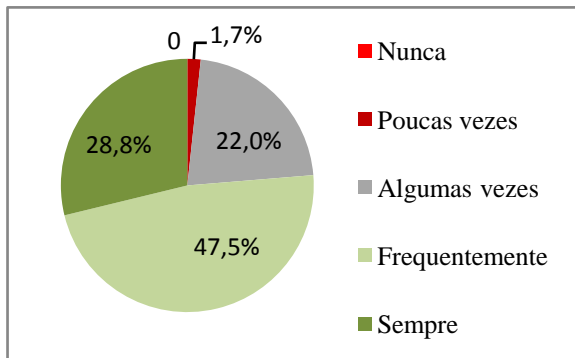
P31: A manutenção da política de saúde dos últimos anos permite uma evolução do SNS sustentável financeiramente.



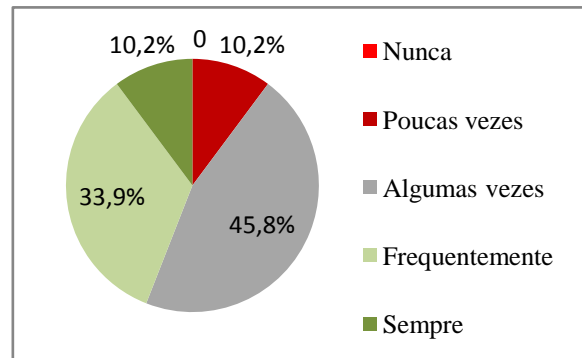
P32: Considero que o SNS Português tem excelentes resultados quando comparado internacionalmente (indicadores qualitativos).



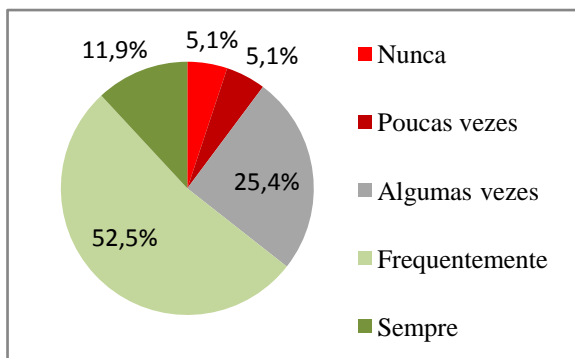
P33: A introdução dos GDH foi uma mais-valia para o conhecimento e financiamento do sistema de saúde.



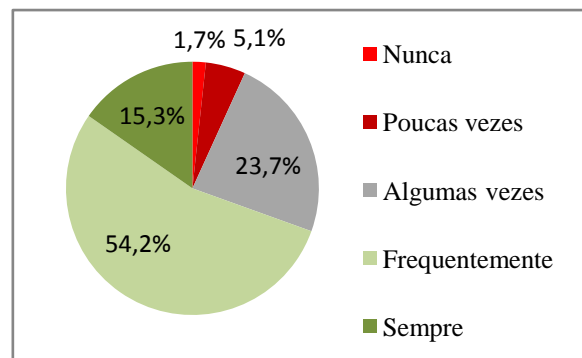
P34: A introdução dos GDH influenciou positivamente a demora média de internamento.



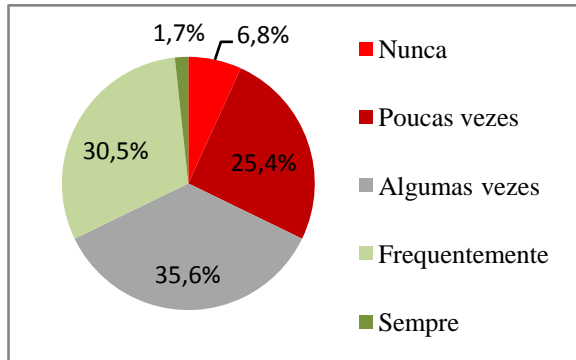
P35: Concordo com um sistema de custeio por atividades “como base” para determinar a receita dos Hospitais.



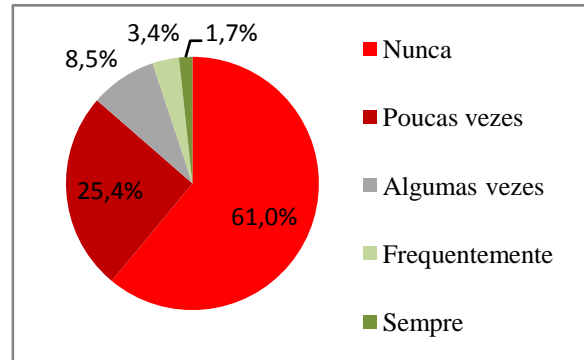
P36: Concordo com um sistema de custeio por atividades como base para alterar o sistema de financiamento.



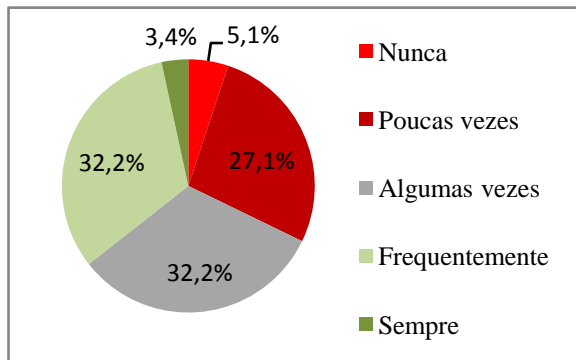
P37: A introdução do Índice de Case Mix foi suficiente para diferenciar a complexidade dos vários Hospitais.



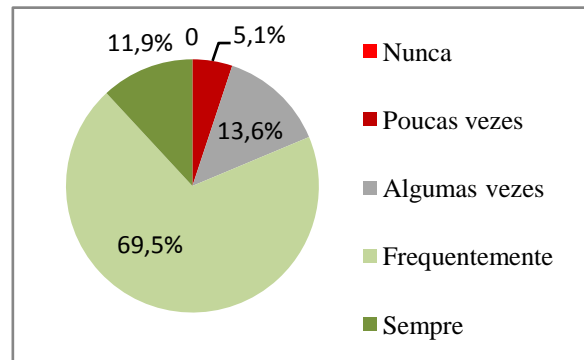
P38: Concordo com um sistema de financiamento maioritariamente baseado em custos históricos (o Estado remunera todo o custo).



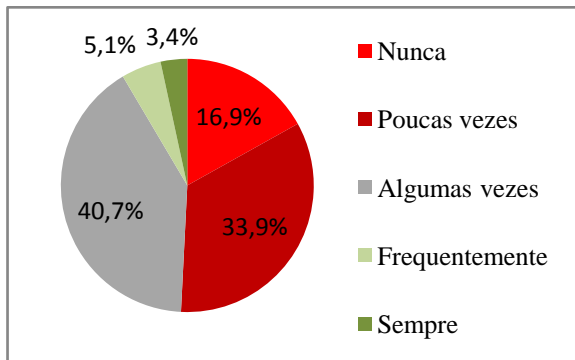
P39: Concordo com um sistema de financiamento maioritariamente baseado na capitação (ponderado por número de habitantes, etc.).



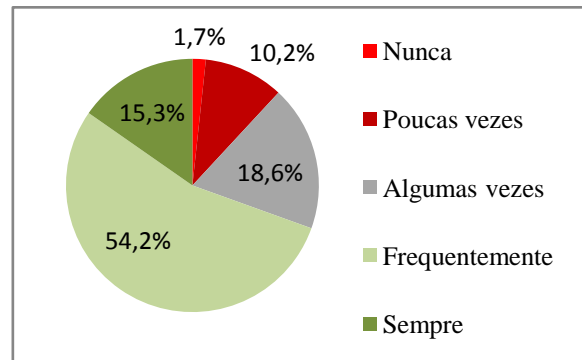
P40: Concordo com um sistema de financiamento maioritariamente baseado em resultados (qualidade e n.º de unidades produzidas, etc.).



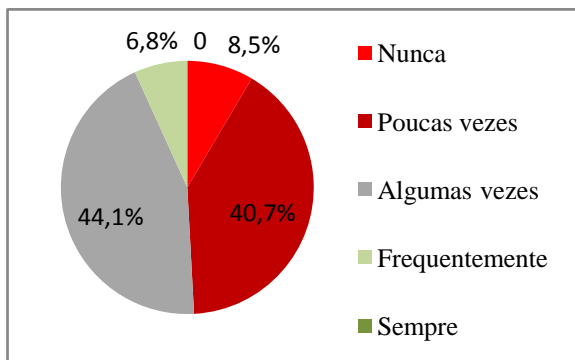
P41: O Ministério da Saúde quando toma decisões de encerramento/ instalação/ concentração de serviços/unidades/Urgências dispõe de toda a informação necessária.



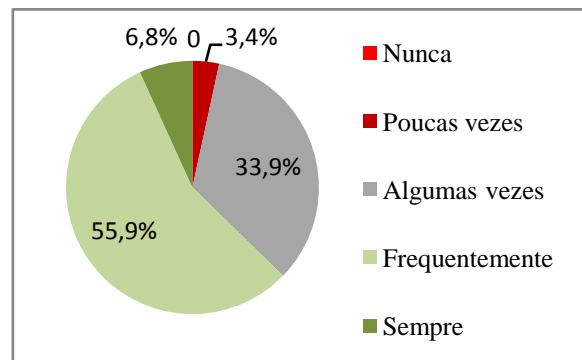
P42: Se os profissionais conhecessem os custos reais da sua produção, identificavam-se com os resultados do serviço.



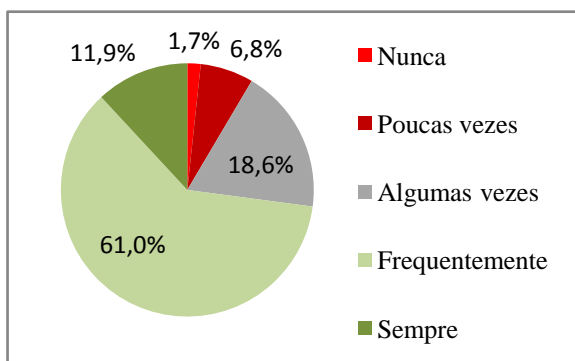
P43: Os investimentos dos Hospitais em equipamentos estão relacionados com as reais necessidades da população.



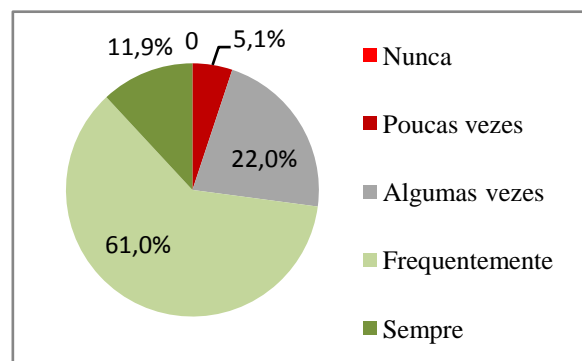
P44: O conhecimento dos custos incorridos pode ajudar a distinguir os melhores prestadores.



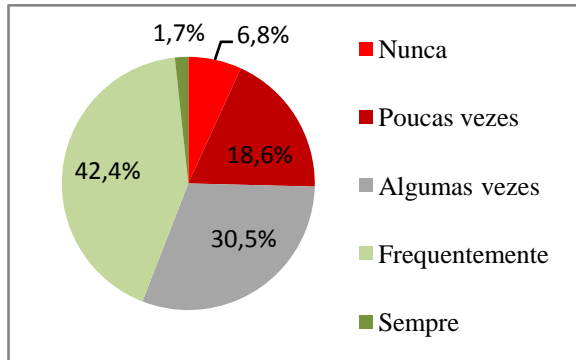
P45: Um sistema de pagamento justo (incluindo pagamentos do SNS ao setor privado) pode reforçar a liberdade de escolha do utente.



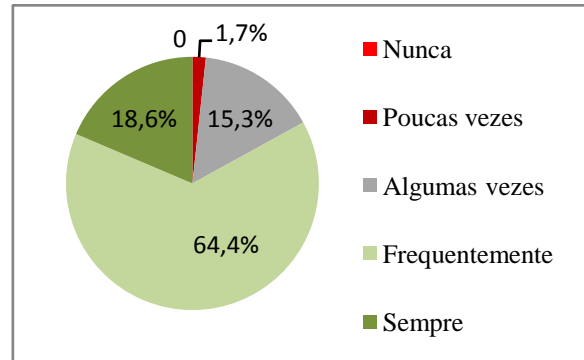
P46: Um sistema de pagamento justo (incluindo pagamentos do SNS ao setor privado) pode promover a eficiência interna das unidades hospitalares.



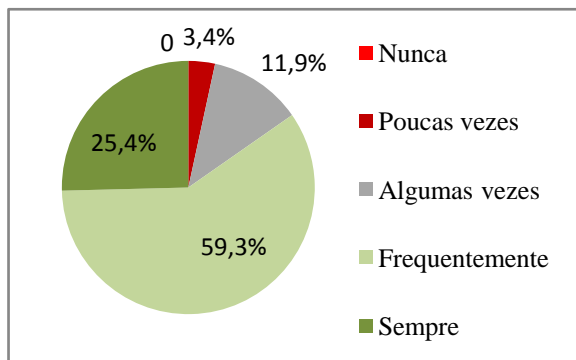
P47: Concordo com a procura de fontes alternativas de financiamento (Ex: Copagamento, Criação de impostos diretos destinados à saúde).



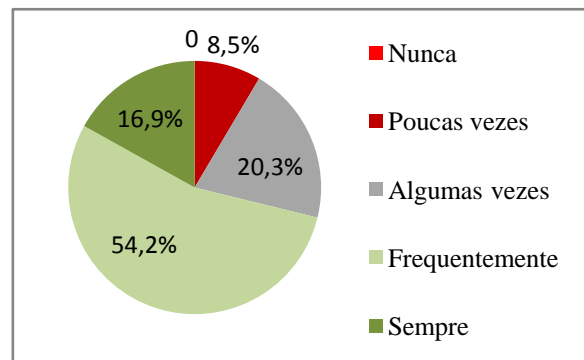
P48: O Sistema ou Modelo de Financiamento pode aumentar a eficiência nos Hospitais.



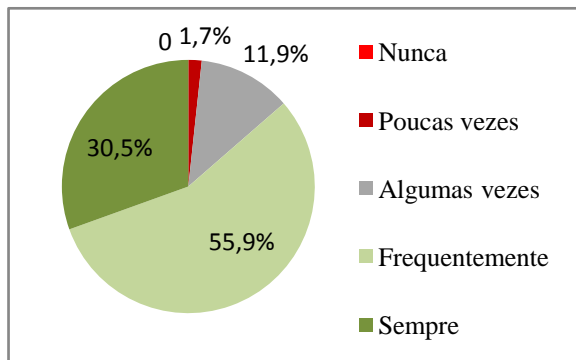
P49: O sistema de custeio por atividades pode melhorar a comparabilidade entre serviços idênticos em Hospitais com idêntica dimensão e complexidade.



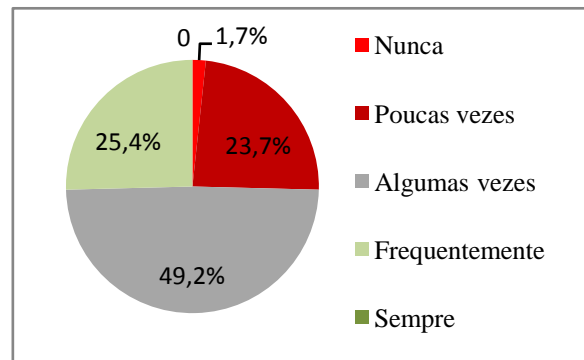
P50: A “média” dos custos unitários em Hospitais idênticos, apurados por um sistema de custeio por atividades, pode servir de referência ao pagamento do GDH/Consulta de especialidade, etc.



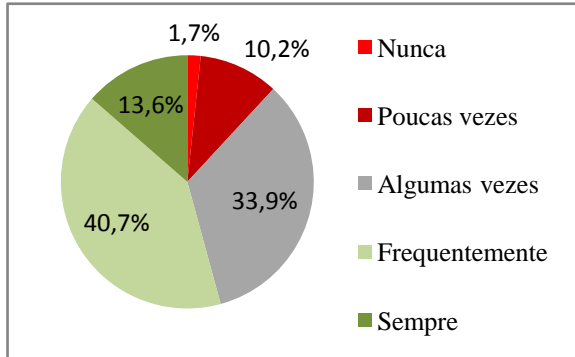
P51: Um sistema de custeio ajuda a conhecer melhor as atividades do Hospital.



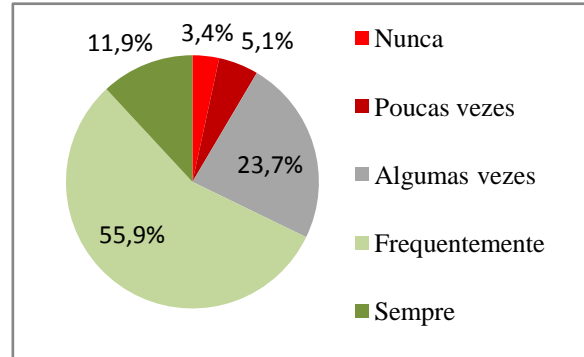
P52: Os deficits na saúde relacionam-se com questões de subfinanciamento.



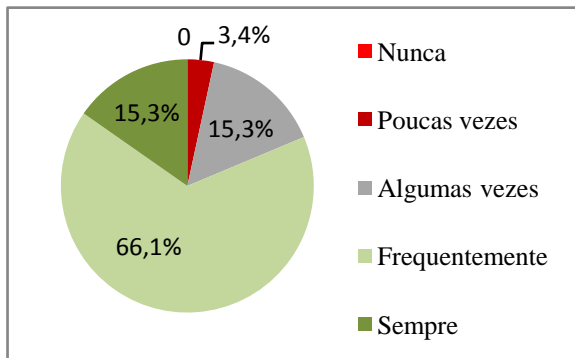
P53: Os deficits na saúde relacionam-se com questões de desperdício.



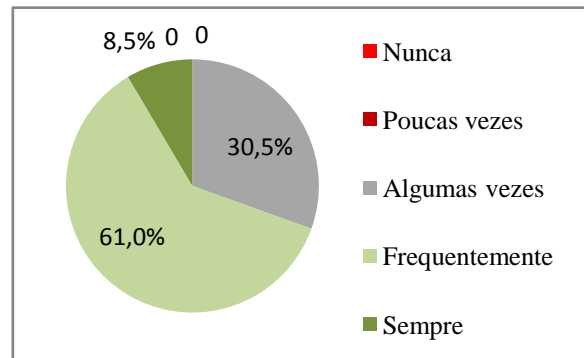
P54: O preço da cirurgia do ambulatório influenciou a produção cirúrgica.



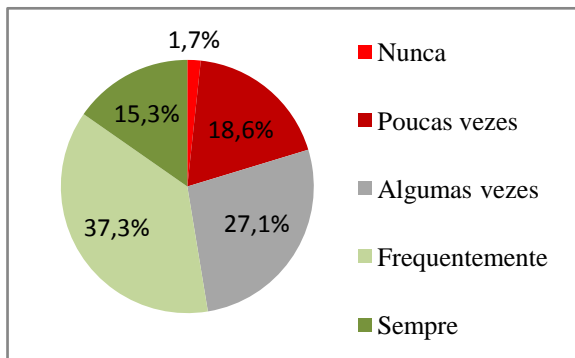
P55: Um sistema de financiamento baseado em resultados induz a produção.



P56: Um sistema de financiamento baseado em resultados pode levar à concentração/encerramento de Serviços em diferentes hospitais da mesma região.



P57: Um sistema de financiamento baseado na capitação implica capacidade instalada hospitalar distribuída equitativamente no país.



2.1. Discussão dos resultados do questionário

Após a realização deste questionário é evidente que os inquiridos são da opinião que as medidas tomadas nas últimas décadas no sentido da empresarialização dos hospitais impuseram uma evolução positiva no setor da saúde (93%), todavia não excluem a necessidade de novas medidas que alcancem a sustentabilidade financeira do setor.

Quanto à sua organização e funcionamento as unidades de saúde são consideradas maioritariamente como razoáveis, porém, segundo a opinião de 54% dos inquiridos existem gastos desnecessários e desperdício. Em Portugal existe uma excelente capacidade produtiva, isto é, os fatores produtivos são suficientes para as necessidades da população e para a respetiva qualidade e boas práticas dos profissionais. No entanto, a escalada da despesa pode deteriorar o normal funcionamento dos hospitais e põe em causa o princípio da igualdade de tratamento da população.

Os inquiridos desconhecem em grande medida os serviços mais rentáveis (58%) ou mais eficientes da sua instituição e indicam que a informação atual sobre a receita das instituições de saúde é insuficiente para uma boa governação (85%). Estes defendem que as formas de limitação dos gastos estão relacionadas com a utilização criteriosa dos materiais, utilização de indicadores de desempenho e de resultados, e com a gestão do tempo com definições de objetivos, planeamento e organização.

Quanto à opinião dos inquiridos face ao sistema de financiamento atual, esta não é consensual, ou melhor existem alguns preceitos que prejudicam a informação disponível. Apenas 25% dos inquiridos concordam com um preço médio para todos os doentes internados ou para todas as consultas externas e, simultaneamente, dizem que o ICM (adotado apenas para o internamento) das instituições não distingue as várias complexidades e dimensões das unidades hospitalares (68%). Os resultados das respostas ao questionário evidenciam que os inquiridos concordam com um sistema de custeio que possa dar informação mais detalhada sobre toda a produção existente (86%). Além disso, 90% dos inquiridos, apontam os benefícios da introdução dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos em termos de informação de gestão, contudo não atingiram todos os seus objetivos, nomeadamente os que se relacionam com o financiamento.

Não existem nos inquiridos dúvidas sobre a influência do sistema de pagamentos sobre o comportamento dos prestadores de cuidados (76%), podendo até originar

alterações na oferta de cuidados de saúde conforme o nível de recompensa, como por exemplo, é indicado que o crescimento da cirurgia do ambulatório na última década dependeu essencialmente do incentivo implícito no preço praticado.

Segundo os inquiridos os défices na saúde resultam de existência de desperdício e subfinanciamento, porém a questão do desperdício obtém mais importância (54%). O desperdício resulta também da falta de informação e da impossibilidade de comparabilidade de indicadores e resultados entre os prestadores de cuidados de saúde. Este sistema de financiamento atual tem a sua raiz, ainda não totalmente desintegrada, num sistema de financiamento baseado em custos históricos, e segundo a literatura existente pode ter sido a principal causa para a existência de desperdício.

As vantagens de um sistema de custeio harmonizado com o sistema de financiamento, melhora todo o sistema de informação, a comparabilidade de indicadores e o conhecimento da própria atividade. Já existem indicadores de qualidade que permitem diferenciar os prestadores, faltando acrescentar a esses indicadores a relação custo benefício.

Segundo 73% dos inquiridos, um sistema de pagamento justo pode reforçar a liberdade de escolha dos utentes, promover a eficiência interna das unidades hospitalares, induzir a produção, e em termos regionais pode conduzir a ajustamentos da produção e concentração de serviços. Os próprios profissionais conhecendo a relação custo benefício da sua atividade comparada com situações idênticas podem moldar a sua prestação de cuidados aos objetivos da própria instituição.

O modelo de financiamento baseado em resultados da própria produção foi o que obteve maior concordância nos resultados do questionário (81%), tendo este modelo alguma vantagem sobre modelo baseado na capitação (36%). Esta diferença pode decorrer da realidade geodemográfica do país e pode também estar configurada na última questão, que preconiza serem necessários equipamentos de saúde distribuídos equitativamente pelo País. Todavia já poucos acreditam no modelo baseado em custos históricos.

Quanto ao sistema de informação atual, verifica-se que na opinião dos inquiridos este é insuficiente e não oportuno para melhorar a eficiência da gestão de recursos, além de não transmitir resultados adequados e não permitir obter corretamente os custos da produção. A contabilidade analítica é descrita como tendo todas as más características

anunciadas, e é opinião dos inquiridos, que um sistema de custeio por atividades pode resolver alguns dos problemas da fraca informação de gestão. Um sistema de custeio por atividades pode proporcionar a informação existente da contabilidade analítica e resolver todas as suas lacunas. Deste modo, a comparação entre hospitais e o conhecimento das rentabilidades ficam facilitadas. O sistema de custeio pode ser a referência para apuramento dos preços, isto é, a média dos custos unitários em hospitais com dimensão idêntica pode servir a definição dos preços por GDH, consultas de especialidade, sessões de hospital de dia, especialidade da urgência, etc..

Capítulo V – Conclusão

1. Conclusão da dissertação

O sistema hospitalar é demasiado complexo para ser gerido numa lógica de administração pública tradicional e centralista. Considerando a necessidade continua de racionalizar recursos humanos e materiais, a evolução ocorrida na última década foi no sentido da empresarialização e da responsabilização da gestão, ainda que assentando no pressuposto de serviço público com princípios e funcionários públicos.

Os sistemas de saúde apresentam graves problemas de financiamento à escala global e não existem dúvidas que a despesa continuará a aumentar, sendo a questão demográfica apenas um dos aspetos explicativos para este fenómeno. Aos Estados compete adotar rigorosas políticas de contenção do crescimento da despesa, como por exemplo medidas que visem o aperfeiçoamento do modelo de financiamento e no impacto que este pode ter na eficiência da prestação dos cuidados de saúde, tendo em conta o desperdício e subfinanciamento crónico deste setor.

É importante perceber que a relação que se estabelece entre o utente e o sistema nacional de saúde é bidirecional. O utente necessita de informação sobre o serviço e a qualidade do serviço para deste modo efetuar uma escolha consciente do prestador de cuidados. O prestador, por seu lado, necessita de escala para poder ser eficiente e garantir o máximo da sua competência. O equilíbrio entre estes fatores é indispensável para medir a capacidade instalada necessária e para a otimização de redes de serviços hospitalares permitindo assim o aparecimento de centros de excelência clínica e respetiva reengenharia dos serviços hospitalares.

Constata-se igualmente que o fator tecnológico e a multiplicação de centros de diagnóstico e tratamento de elevada tecnologia são muitas vezes responsáveis pelo enorme desperdício nos hospitais. Neste caso o financiamento baseado na produção efetiva segue a procura, isto é, a atribuição do financiamento em função da prestação mais eficiente pode provocar ineficiências pelas más práticas e logicamente ajustamentos na capacidade instalada. Por outro lado existem especialidades médicas que reúnem determinadas especificidades que cobrem grandes áreas do território nacional e patologias tratáveis apenas fora do País. Ao Estado compete regulamentar, informar e difundir, de uma forma facilmente acessível os cidadãos de forma a

assegurar o princípio da equidade, acessibilidade, sustentabilidade do sistema de saúde e o da prestação de serviço universal.

Existem particularidades em alguns hospitais que introduzem encargos suplementares e não relacionados diretamente com a produção, tais como, ensino pré e pós graduado, funcionamento em edifícios degradados, rendas, encargos com pensões, investigação, dispensa gratuita de medicamentos, viatura médica de emergência, pessoal destacado para uma urgência centralizada, etc.. Todavia sempre que ocorram, devem ser objeto de financiamento vertical para que não distorçam o valor real dos cuidados de saúde realmente prestados. Por outro lado os custos com pessoal representam a maior percentagem da despesa de um hospital, compondo-se maioritariamente por custos fixos. Cabe à gestão introduzir a remuneração por mérito, em prol de uma visão clara dos objetivos da instituição, mas mais do que isso, é necessária capacidade financeira para executar os contratos sabendo que os custos com consumíveis na saúde e em particular nos hospitais se encontram influenciados pelos prazos de pagamentos. O que se propõe é a regularização das dívidas acumuladas a fim da minimização dos custos proporcionando custos de produção ainda menores.

A contabilidade analítica adapta-se e é de aplicação acessível e ágil nos hospitais, podendo tornar-se um instrumento de gestão facilmente entendível por todos os profissionais e servir de base a um sistema de custeio por atividades no meio hospitalar. O que se pretende, dada a complexidade e duração do apuramento de um custeio por atividades, é que a contabilidade analítica disponibilize informação de gestão em tempo útil, no entanto sempre ao nível de centros de custos.

Pode-se concluir que não é possível uma gestão eficiente sem que exista um sistema de custeio que permita detalhar e comparar os custos e atividades de cada ato médico ou de cada grupo de diagnóstico homogêneo (GDH), conforme regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS. Portugal foi um dos primeiros países a introduzir os GDH na organização hospitalar e tendo este modelo como fundamento a definição da produção hospitalar e respetiva compensação financeira. Todavia o Ministério da Saúde ainda não conseguiu adotar a segunda vertente que este modelo preconiza. A questão da definição da produção e os benefícios da sua comparabilidade tiveram bom aproveitamento e foram defendidos pela maioria dos inquiridos. Já a questão da compensação do desempenho de cada unidade hospitalar

apresentou afastamento face aos princípios da retribuição justa. Atualmente os preços faturados pelos hospitais do mesmo grupo de financiamento não distinguem uma consulta de oftalmologia de uma de medicina interna, ou um internamento neurológico de uma pneumonia ou transplante. É apenas aplicado um ICM global para internamento e cirurgia do ambulatório, índice esse baseado na tabela dos GDH, sem que exista evidência dos recursos e complexidade utilizados, e que, segundo os inquiridos não defende os custos e a complexidade das patologias, principalmente em hospitais centrais, aqueles que não poderão transferir os doentes. A introdução de um sistema de custeio por atividades para custear os fatores produtivos da atividade definida na referida portaria é essencial e servirá de base à tutela para financiar e incentivar, segundo o trabalho desenvolvido em cada tipo de diagnóstico clínico.

A competitividade entre setor público e privado, criada essencialmente por via do tempo de espera no setor público e pelos seguros privados, não melhora por si só a eficiência do setor público, resultado da quota de mercado atribuído a cada um dos setores e das características específicas da prestação de cuidados de saúde, incluindo a seleção de riscos.

Observando os resultados obtidos no questionário realizado, os profissionais de saúde compreendem a necessidade da introdução de uma maior competitividade sempre que as mudanças não prejudiquem os resultados de saúde dos doentes. Ainda de acordo com os resultados obtidos a maioria dos inquiridos alteravam a oferta de cuidados de saúde na sua instituição em função de indicadores de eficiência. Com o sistema de financiamento atual os hospitais do mesmo grupo de financiamento podem afetar recursos a atividades com maiores retornos e encaminhar patologias mais ostensivas para outros hospitais. A competição pela eficiência e pela qualidade estimulará a produtividade, isto é, o pagamento pela produção efetiva a preços adequados aos custos da produção incentivará e direcionará estrategicamente os hospitais para áreas com maior viabilidade, competência e vocação. Deste modo, prevê-se que o fomento da competitividade, com orçamentos credíveis, terá efeitos em escala na eficiência das instituições.

Esta dissertação mostra por fim que é possível uma gestão dos serviços hospitalares onde a gestão eficaz dos fatores produtivos conduzam a um maior grau de competitividade e responsabilidade e que a procura da eficiência pode ser facilitada

adotando uma política de financiamento que permita influenciar a concentração de serviços e competências, constituindo assim centros de excelência eficientes. A política de financiamento baseada em preços justos, tendo por base sistemas de custeio perceptíveis e facilmente comparáveis entre serviços e unidades hospitalares, tem a preocupação de contribuir para a sustentabilidade do SNS, adequando a prestação de cuidados de saúde às reais necessidades da população.

2. Questões para investigação futura

A análise efetuada neste estudo revela a necessidade de um sistema de custeio por atividades para suportar o sistema de financiamento.

Dado que este modelo não ultrapassou a fase de implementação fica a proposta em torno da sua definitiva concretização. Haverá ainda que retirar ensinamentos da aplicação do modelo nos hospitais piloto e, depois, replicá-los em todos os hospitais EPE, sendo certo que o desenvolvimento dos sistemas de informação devem convergir para esse fim.

Também está por estudar as implicações que o sistema de pagamento baseado na produção teria na viabilidade de algumas das instituições de saúde atendendo ao peso dos seus custos fixos.

Avaliar a tabela de faturação com o fundamento de alcançar uma maior diversidade de GDH minorando a dispersão de correspondências entre tipos de diagnósticos/tratamentos e GDH atualmente definidos.

Estudar uma forma de financiar atividades que não façam parte integrante da prestação de cuidados de saúde: o ensino pré e pós graduado, a investigação, a emergência médica (VMER, etc.). Definir de uma forma clara o modo de recompensar a instituições para os casos em que os seus profissionais trabalham em outros hospitais (urgências centralizadas).

Desvincular das decisões políticas o encerramento de serviços unicamente por via do aumento ou absorção da capacidade instalada de uma outra instituição sem que tal decisão assente na análise de indicadores económicos, de qualidade e de custo benefício para o utente.

Referências bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2010) – *Índice de Necessidades em Saúde: Proposta para alocação normativa de recursos financeiros aos Agrupamentos dos Centros de Saúde*

ANTUNES, E.; GONÇALVES, J.; SANTOS, M.; ALEXANDRE, M.;
GODINHO, P. (2011), *Contratualização em saúde - Efetividade do sistema de incentivos*, 8º Congresso Nacional de Administração Pública, pp. 191-217, Instituto Nacional de Administração

ARAÚJO, J. (2005), *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*, Universidade do Minho, Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas

Associação Portuguesa de Seguradoras – APS (2009) – *Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português*

BOWLING, A. (1995), *Measuring Disease*, Londres: Open University Press

CARRILHO, M.J.; Patrício, L. (2010), *A situação demográfica recente em Portugal*, Revista de Estudos Demográficos nº48, artigo 5º, pp. 101

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007), *Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*, Despacho conjunto nº 296/2006 dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde.

COSTA, C. (1990), *Financiamento de serviços de saúde : a definição de preços*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 8 : 2, pp. 65-72

COSTA, C.; LOPES, S. (2004), *Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade*, Volume Temático: 4, Produção Hospitalar

COSTA, C.; SANTANA, R.; BOTO, P. (2008), *Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação*, Volume Temático: 7, Financiamento de cuidados de saúde

FERRINHO, P. (2010), *Políticas Públicas Saudáveis*, Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

Grupo Técnico para a reforma hospitalar – GTRH (2011), Relatório Final. *Os cidadãos no centro do sistema, os profissionais no centro da mudança*, Ministério da Saúde

HARFOUCHE, A. (2009), *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto da eficiência: Estudo comparativo*, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Instituto Francisco Sá Carneiro – IFSC (2009) – *Saúde – Sustentabilidade com qualidade*, Portugal 2020

Instituto Nacional de Estatística – INE (2011) – *CENSOS 2011: Resultados Provisórios*

Instituto Nacional de Estatística – INE (2010a) – *Anuário Estatístico de Portugal 2010*

Instituto Nacional de Estatística – INE (2010b) – *Estatísticas Demográficas 2010*

MATEUS, A., *Concorrência, Eficiência e Saúde*, Conferência proferida nos Seminário sobre novas perspectivas para o setor da saúde, Bioética FMUP, Porto

SANTANA, P. (1998) , *A geografia das desigualdades regionais em saúde e estado de saúde* in: PEDRO, PITA BARROS E JORGE SIMÕES (ed.) livro de Homenagem a Augusto Mantas (org.), Associação Portuguesa de Economia da saúde, pp. 179-205.

SANTANA, P; Vaz, A; Fachada, M. (2003), *Population Health Status: how can we conceptualise and measure it?* Portugal case study. (submitted to a Journal).

SANTANA, P. (2005), *Saúde e Morte em Portugal. Estudo da Mortalidade “Evitável”*, in: II Encontro Português de Demografia. Demografia e População: os novos desafios, FCG Lisboa, pp. 29-30

SANTANA, R. (2005), *O financiamento hospitalar e a definição de preços*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático: 5, pp.93-118

SANTANA, P., Vaz A., Fachada M. (2004), *O estado de saúde dos Portugueses – uma perspectiva espacial*, Revista de Estudos Demográficos nº36, artigo 1º, pp. 5

SIMOES J., coord. (2010), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*

SOUSA, P. (2009), *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*, Ata paulista de Enfermagem;22(Especial - 70 Anos): 884-94.

VAZ, A.; Simões, J.; Santana, P.; Janeiro da Costa, R. (1994) - *Desenvolvimento de um Modelo de Avaliação de Estado de Saúde da População*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 12, 2: pp. 5-23.

VAZ, A; ESCOVAL, A. (2010), *Financiamento e Classificação de doentes: Grupos de Diagnóstico Homogéneos*, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

<http://www.acss.min-saude.pt/bdea/>, acedido em 14 de agosto 2012

Anexo - Questionário



**Mestrado de Economia e Gestão de Serviços de
Saúde**

QUESTIONÁRIO

**Impacto do Modelo de Financiamento dos
Cuidados de Saúde Hospitalares na
eficiência económica e financeira**

Orientador: Professor Doutor António Brandão

Mestrando: Manuel Delfim Garrido Santos

Dezembro de 2011

Ex.mo(a) Senhor(a),

Trabalho há 11 anos no Centro Hospitalar do Porto, na área de controlo de gestão, frequente o Mestrado em Economia e Gestão de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia do Porto e solícito, por este meio, a V. Ex.^a a colaboração no estudo sobre “ *a influência do modelo de financiamento na eficiência de Cuidados de Saúde Hospitalares*” mediante um conjunto de questões que anexo.

Numa fase em que se multiplicam as políticas, no sentido de reformar e alterar o Setor da Saúde, e sabendo que em Portugal o Estado é o principal responsável pela sua sustentabilidade financeira, é nosso objetivo obter a perceção dos profissionais sobre a componente relacionada com o financiamento e o seu sistema de informação.

Peço-lhe que assinale com um (X) em cada afirmação que melhor indique a sua opinião ou a frequência com que lhe parece ser habitual a situação acontecer. Em alguns casos, pode classificar segundo o seu nível de concordância, em que a alternativa 1 corresponde a um nível de concordância inferior à alternativa 2 e assim sucessivamente. Escolha uma só alternativa de acordo com a seguinte escala:

Nunca ou Discordo Totalmente	Poucas Vezes ou Discordo	Algumas Vezes ou Não Concordo nem Discordo	Frequentemente ou Concordo	Sempre ou Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Atenda à seguinte explicação da escala:

- “**Nunca**” - nunca em consonância, totalmente em desacordo, não se verifica;
- “**Poucas vezes**” - poucas vezes se verifica, discordo;
- “**Algumas vezes**” - de acordo/desacordo, algumas vezes verifica-se, outras não;
- “**Frequentemente**” - bastante em acordo, verifica-se bastantes vezes;
- “**Sempre**” - sempre em consonância, totalmente de acordo, verifica-se sempre.

As questões referem-se à organização onde trabalha ou onde exerceu funções recentemente e em alguns casos à experiência acumulada ao longo da carreira profissional.

Na última folha são pedidos dados de caracterização pessoal.

Agradeça o envio das respostas para o seguinte endereço mdelfim@gmail.com, expresso a garantia de confidencialidade e coloco-me à sua inteira disposição para qualquer tipo de questão neste endereço ou no telemóvel 915677222

Reconhecidamente, agradeço toda a atenção e dedicação na colaboração para o desenvolvimento deste trabalho e facultarei os resultados se assim o desejar.

Com os meus respeitosos cumprimentos, subscrevo-me atenciosamente,

Delfim Garrido, Mestrando em Economia e Gestão de Serviços de Saúde

QUESTIONÁRIO

Nunca ou Discordo Totalmente	Poucas Vezes ou Discordo	Algumas Vezes ou Não Concordo nem Discordo	Frequentemente ou Concordo	Sempre ou Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
1	Os novos modelos de gestão (SA, EPE, Centros Hospitalares) para hospitais trouxeram implicações para o setor de saúde.					
2	Os recursos disponíveis para as necessidades de saúde são limitados.					
3	Face à escalada de custos com os cuidados de saúde não é possível assegurar a todos a igualdade de cuidados.					
4	As políticas de contenção de custos e a quantidade de serviço são compatíveis.					
5	As políticas de contenção de custos e a qualidade de serviço são compatíveis.					
6	A contabilidade analítica é utilizada pelo Ministério da Saúde como ferramenta para melhorar a eficiência na gestão de recursos.					
7	Existem conflitos entre os critérios de boas práticas profissionais e a rentabilidade da capacidade instalada.					
8	Os sistemas de contabilidade de gestão e o sistema de informação existentes a nível hospitalar apresentam um adequado desempenho (transmitem resultados adequados).					
9	Classifica a sua unidade de saúde como excelente na sua organização e funcionamento.					
10	A contabilidade analítica é utilizada como instrumento de gestão.					
11	Uma das formas de limitar os custos numa organização é a utilização criteriosa dos materiais necessários.					
12	Uma das formas de limitar os custos numa organização é a utilização de indicadores de atividade e de resultado.					
13	É possível aumentar a produtividade a nível hospitalar.					
14	Uma das formas de limitar os custos de uma organização é gerir o tempo com definição de objetivos, planeamento e organização.					
15	Na unidade onde desempenho a minha atividade existem gastos desnecessários.					
16	O conhecimento dos custos unitários por GDH é importante para a gestão.					
17	O conhecimento por especialidade dos custos unitários por Consulta/Internamento/Urgência é importante para a gestão.					
18	Se eu pudesse alterava a oferta de cuidados de saúde em resultado de indicadores de eficiência.					
19	Sei qual o Serviço da minha instituição que é mais ou menos rentável/eficiente.					

Nunca ou Discordo Totalmente	Poucas Vezes ou Discordo	Algumas Vezes ou Não Concordo nem Discordo	Frequentemente ou Concordo	Sempre ou Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
20	A informação sobre as receitas a nível hospitalar é suficiente para uma boa governação.					
21	A informação sobre custos é disponibilizada atempadamente.					
22	Um sistema de custeio pode evidenciar atividades sem financiamento e subfinanciadas.					
23	Existem áreas/procedimentos/tratamentos subfinanciados.					
24	A comparação dos custos/recursos consumidos nas atividades entre hospitais pode permitir ganhos de eficiência.					
25	Um sistema de custeio por atividades permite determinar o custo por GDH.					
26	Concordo com a adoção de um preço médio para financiar todo o internamento (Contrato Programa instituído atualmente).					
27	A comparação do valor recebido do SNS com o custo real incorrido pelo Hospital é imprescindível para a gestão.					
28	Encontro limitações no sistema de imputação de custos tradicional (Plano de Contabilidade Analítica).					
29	O sistema de pagamentos às unidades hospitalares do SNS influencia os comportamentos dos prestadores de cuidados.					
30	Os Hospitais conseguem apurar custos por GDH de forma rigorosa.					
31	A manutenção da política de saúde dos últimos anos permite uma evolução do SNS sustentável financeiramente.					
32	Considero que o SNS Português tem excelentes resultados quando comparado internacionalmente (indicadores qualitativos).					
33	A introdução dos GDH foi uma mais-valia para o conhecimento e financiamento do sistema de saúde.					
34	A introdução dos GDH influenciou positivamente a demora média de internamento.					
35	Concordo com um sistema de custeio por atividades “como base” para determinar a receita dos Hospitais.					
36	Concordo com um sistema de custeio por atividades como base para alterar o sistema de financiamento.					
37	A introdução do Índice de Case <i>Mix</i> foi suficiente para diferenciar a complexidade dos vários Hospitais.					
38	Concordo com um sistema de financiamento maioritariamente baseado em custos históricos (o Estado remunera todo o custo).					
39	Concordo com um sistema de financiamento maioritariamente baseado na capitação (ponderado por número de habitantes, etc.).					

Nunca ou Discordo Totalmente	Poucas Vezes ou Discordo	Algumas Vezes ou Não Concordo nem Discordo	Frequentemente ou Concordo	Sempre ou Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
40	Concordo com um sistema de financiamento maioritariamente baseado em resultados (qualidade e n.º de unidades produzidas, etc.).					
41	O Ministério da Saúde quando toma decisões de encerramento/instalação/concentração de serviços/unidades/Urgências dispõe de toda a informação necessária.					
42	Se os profissionais conhecessem os custos reais da sua produção, identificavam-se com os resultados do serviço.					
43	Os investimentos dos Hospitais em equipamentos estão relacionados com as reais necessidades da população.					
44	O conhecimento dos custos incorridos pode ajudar a distinguir os melhores prestadores.					
45	Um sistema de pagamento justo (incluindo pagamentos do SNS ao setor privado) pode reforçar a liberdade de escolha do utente.					
46	Um sistema de pagamento justo (incluindo pagamentos do SNS ao setor privado) pode promover a eficiência interna das unidades hospitalares.					
47	Concordo com a procura de fontes alternativas de financiamento (Ex: Copagamento, Criação de impostos diretos destinados à saúde).					
48	O Sistema ou Modelo de Financiamento pode aumentar a eficiência nos Hospitais.					
49	O sistema de custeio por atividades pode melhorar a comparabilidade entre serviços idênticos em Hospitais com idêntica dimensão e complexidade.					
50	A “média” dos custos unitários em Hospitais idênticos, apurados por um sistema de custeio por atividades, pode servir de referência ao pagamento do GDH/Consulta de especialidade, etc.					
51	Um sistema de custeio ajuda a conhecer melhor as atividades do Hospital.					
52	Os <i>deficits</i> na saúde relacionam-se com questões de subfinanciamento.					
53	Os <i>deficits</i> na saúde relacionam-se com questões de desperdício.					
54	O preço da cirurgia do ambulatório influenciou a produção cirúrgica.					
55	Um sistema de financiamento baseado em resultados induz a produção.					
56	Um sistema de financiamento baseado em resultados pode levar à concentração/encerramento de Serviços em diferentes hospitais da mesma região.					
57	Um sistema de financiamento baseado na capitação implica capacidade instalada hospitalar distribuída equitativamente no país.					

Dados da Caracterização Pessoal/Amostra

Indique a Instituição _____

Grupo Profissional:

Administrador/Gestor Hospitalar	
Médico	
Enfermeiro	
Outro:	

Habilitações Académicas:

Licenciatura em	
Mestrado em	
Doutoramento em	
Pós graduação em	

Tempo de Serviço Total no Setor da Saúde:

Até 5 anos mais de 5 anos e menos de 15 Mais de 15 anos

Tempo de Serviço em Conselhos de Administração no Setor da Saúde:

Até 5 anos mais de 5 anos e menos de 15 Mais de 15 anos

Tempo de Serviço como Gestor /Administrador no Setor da Saúde:

Até 5 anos mais de 5 anos e menos de 15 Mais de 15 anos

Outra Função/ Cargo no Setor da Saúde:

Até 5 anos mais de 5 anos e menos de 15 Mais de 15 anos

No sua Instituição qual é presentemente o Modelo de Gestão:

Setor Público Administrativo (SPA)	
Entidade Pública Empresarial (EPE)	
Parceria Público Privado (PPP)	
Unidade Local de Saúde (ULS)	
Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)	
Outro:	

FIM DO QUESTIONÁRIO. OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO