

## O Financiamento Hospitalar

Por: José Carlos Fernandes Pereira  
Presidente  
AAAEDF – Associação dos Antigos Alunos do Externato Delfim Ferreira  
[jcarlospereira1@gmail.com](mailto:jcarlospereira1@gmail.com)



Entre modelos de captação de fundos voluntários e compulsórios, identificam-se quatro fontes de recursos financeiros para os cuidados de saúde:

- impostos;
- seguros públicos;
- seguros privados;
- pagamentos directos.

Como se depreende, os sistemas voluntários baseiam-se na liberdade. Os pagamentos são efectuados directamente pelo consumidor, que paga, ele próprio ou através de uma apólice de seguro voluntário, os cuidados de saúde recebidos, tratando-se este de um modelo regressivo face ao rendimento e, consequentemente, mais iníquo.

Pela sua vez, nos sistemas de financiamento compulsórios restringe-se a liberdade do indivíduo. Os recursos de saúde são obtidos através dos impostos, um método progressivo face ao rendimento, ou apólices de seguros de saúde obrigatórios (públicos ou privados).

A junção de ambos os sistemas numa solução mista é, não raras vezes, uma solução para a partilha de custos entre o Estado e o consumidor.

No que concerne ao pagamento aos hospitais, este divide-se em modelos retrospectivos ou prospectivos. O modelo

retrospectivo é apontado como incentivador de ineficiência e de desmotivação, considerando que o esforço para uma maior eficiência originará um pagamento inferior pelo financiador; enquanto o modelo prospectivo, baseado na produção, será indutor de eficiência técnica e de estratégias de inovação e de orientação para o utente. Com efeito, as soluções combinadas serão as potencialmente mais indicadas para a conjugação de incentivos para o desempenho e controlo de custos.

As formas de pagamento da actividade hospitalar, por sua vez, podem revestir cinco modalidades: baseados no acto; por diária; por caso clínico; por orçamento global; e por capitação.

Na forma de pagamento baseado no acto, o financiador acorda com o hospital um rol de actos e seus preços, com a desvantagem de incentivar a multiplicação de actos, mas não, necessariamente, a multiplicação de doentes tratados, reduzindo assim a eficiência distributiva.

O pagamento por diária de internamento engloba todas as prestações numa unidade compreensiva de pagamento. É uma forma de pagamento com reduzida eficiência técnica e distributiva, fomentando o prolongamento dos internamentos para quando estes se resumam apenas aos custos hoteleiros.

O pagamento por caso clínico baseia-se num acordo em que o financiador acorda para cada episódio um preço fixo compreensivo. Com este modelo, mais doentes tratados equivalem a um maior financiamento para o hospital, incentivando a eficiência técnica e distributiva. Contudo, potencia o risco de selecção adversa ou do efeito de desnatação, já que os hospitais tenderão para evitar os casos de maior complexidade, caso os sistemas de classificação sejam pouco sensíveis aos ajustamentos pelo risco.

A forma de pagamento por orçamentos globais, prospectivos, incentiva uma maior eficiência e visa um maior controlo do custo dos actos e dos serviços prestados. Nesta forma, o financiador define os recursos destinados às despesas para um período determinado.

Quanto à forma de pagamento por capitação, ao hospital é atribuído para um determinado período de tempo um valor fixo por utente, independentemente da quantidade de serviços que venham a ser prestados. Obriga, naturalmente, a um diagnóstico epidemiológico da população e o conhecimento correcto das suas necessidades, o que obriga a um ajustamento pelo risco com variáveis geodemográficas, eleva os riscos e as responsabilidades financeiras para o hospital. Tem a grande vantagem de promover a integração vertical e maximizar as sinergias, incentivando a actuação a montante, isto é, ao nível dos cuidados de saúde primários (onde os

custos são mais baixos), promoção da saúde e prevenção da doença.

Portugal evoluiu de um modelo baseado no reembolso de custos históricos, retrospectivo, para um tipo de financiamento por orçamentos prospectivos baseados nas actividades ou nas funções dos hospitais, de modo a prestarem determinado tipo de cuidados para doentes determinados, definindo-se tipo, quantidade e qualidade.

O financiamento dos hospitais nacionais é assegurado na base da separação dentre financiador e prestador, através de contratos-programa, assente no princípio da negociação, contratando-se um preço para cada produto, defendendo-se este como um método justo, equitativo, incentivador da eficiência e da inovação e responsabilizador (CAMPOS, 2006).

Com efeito, o valor do contrato-programa do hospital resulta de um processo de negociação no qual intervêm a ACSS (pagador), a respectiva ARS (mediador/negociador) e, naturalmente, o hospital (prestador). Contudo, discute-se se se trata de uma verdadeira negociação (considerando a assimetria das posições das partes) sobre o objecto do contrato (produtos hospitalares).

A viabilidade económico-financeira do orçamento hospitalar está assim interligada com o volume de trabalho e dos preços contratualizados, sendo o nível de eficiência alcançada em cada linha de produção (cujas necessidades devem ser previamente estimadas), de par com e qualidade e confiança conquistada junto

dos seus consumidores, factores-chave do seu sucesso.

## **Experiência internacional**

### **Reino Unido**

É conhecido pela semelhança com o sistema português, tendo o NHS sido o inspirador do nosso SNS. Baseia-se numa cobertura universal assegurada por prestadores públicos e maioritariamente pago por impostos.

Com as reformas do NHS de 1991, foi introduzido um sistema de contratualização misto que coenvolve orçamentos globais com elementos de pagamentos de custo por caso, tendo-se passado a permitir a transferência de fundos dos compradores (autoridades de saúde distritais) para os hospitais e outros prestadores.

### **Alemanha**

Na Alemanha verifica-se uma duplicidade de soluções para o pagamento da actividade hospitalar. As caixas de seguro de doença e os seguradores privados visam o financiamento das despesas de exploração, enquanto que os respectivos governos regionais asseguram o financiamento das despesas de investimento. Representantes das caixas de seguros e dos hospitais negociam localmente as dotações orçamentais globais, prospectivas, para as despesas de exploração e a determinação da diária resulta da negociação dos orçamentos. Caso a utilização seja maior que a esperada, por ajustamento, os hospitais

podem reter 25% dos proveitos adicionais, ao passo que se a utilização for menor, os hospitais suportarão 25% dos prejuízos.

### **Holanda**

Os tratamentos hospitalares são cobertos pelo Seguro Geral de Cuidados de Saúde, sendo os hospitais pagos por orçamentos globais provisionais, prospectivos, que cobrem a maior parte dos custos. Um comité *ad-hoc*, formado por representantes de diversas organizações da sociedade civil (hospitais, fundos de segurança social, empregadores, organizações sindicais e entidades representantes do Estado) aprova as tarifas de pagamento aos hospitais.