

MESTRADO
CONTABILIDADE, FISCALIDADE E FINANÇAS
EMPRESARIAIS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
TRABALHO DE PROJETO

FINANCIAMENTO E DEFINIÇÃO DO PREÇO ACEITÁVEL
NO TRATAMENTO DE UM DOENTE HEMOFÍLICO NO
CHULN

BERNARDO JOSÉ CALEIRO ALVES

OUTUBRO - 2023

MESTRADO EM
CONTABILIDADE, FISCALIDADE E FINANÇAS
EMPRESARIAIS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
TRABALHO DE PROJETO

FINANCIAMENTO E DEFINIÇÃO DO PREÇO ACEITÁVEL
NO TRATAMENTO DE UM DOENTE HEMOFÍLICO NO
CHULN

BERNARDO JOSÉ CALEIRO ALVES

ORIENTAÇÃO:

CRISTINA BELMIRA GAIO MARTINS DA SILVA

COORIENTAÇÃO:

ANTONIETA MELO DE ÁVILA

OUTUBRO - 2023

Glossário

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APH - Associação Portuguesa de Hemofilia e de outras Coagulações Congénitas

ARS – Administrações Regional de Saúde

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GDH – Grupo Diagnóstico Homogéneo

ISEG – Instituto Superior de Economia e Gestão

ITI - Indução de Tolerância Imunológica

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

Resumo

Os sistemas de saúde, tal como todas as organizações pertencentes às mais diversas áreas laborais vivem, atualmente, um pouco por todo o mundo, num contexto de sistemático acréscimo de custos.

A galopante subida nos custos operacionais (material consumível hospitalar, fármacos, energia e mão-de-obra) torna-se, cada vez mais, um tema de elevada importância no que concerne à capacidade de resposta por parte das organizações de saúde face aos novos paradigmas de inovação e do saber que, por conseguinte, comprometem também a capacidade de resposta à sustentabilidade do sistema.

O nível de eficiência que as organizações prestadoras de cuidados de saúde alcançam é, em grande parte, obtido através do tipo de sistema de financiamento implementado, pois a modalidade de pagamento associada ao mesmo pode influenciar os comportamentos das organizações e das pessoas que as compõem.

Desta forma, o desenvolvimento do presente estudo tem como principal objetivo determinar e definir qual o sistema de financiamento e preço aceitável mais adequados no tratamento de um doente hemofílico no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN).

Numa primeira fase, foi feita a recolha de informação relevante para o projeto, através da revisão da literatura. Após a revisão da literatura foi possível examinar os Acordos de Contrato-Programa úteis para o desenvolvimento deste estudo e, determinar qual o modelo de financiamento mais adequado a incluir na proposta final.

Por fim, foram analisados os dados e discutido uma proposta-modelo de financiamento.

Os resultados obtidos, a partir do estudo realizado, mostraram que o modelo de capitação é o modelo de financiamento que mais vantagens e benefícios traz ao CHULN. Relativamente ao preço aceitável para o tratamento de um doente hemofílico no CHULN, 944 euros/sessão é o preço justo e admissível de forma a não comprometer a sustentabilidade financeira do sistema.

Palavras-Chave: Modelo de Capitação; Doente hemofílico; Contrato-Programa; Preço aceitável.

Abstract

Health systems, like all organisations in the most diverse fields of work, are currently living in a context of systematically rising costs all over the world.

The galloping rise in operating costs (hospital consumables, drugs, energy, and labour) is becoming an increasingly important issue when it comes to the ability of healthcare organisations to respond to the new paradigms of innovation and knowledge, which consequently also compromise the ability to respond to the sustainability of the system.

The level of efficiency that healthcare organisations achieve is largely achieved through the type of financing system implemented, as the payment method associated with it can influence the behaviour of the organisations and the people who make them up.

The main aim of this study is therefore to determine and define the most appropriate financing system and acceptable price for the treatment of a haemophiliac patient at the Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN).

As a first step, information relevant to the project was gathered by reviewing the literature. After reviewing the literature, it was possible to examine the Programme Contract Agreements useful for the development of this study and to determine the most appropriate financing model to include in the final proposal.

Finally, the data was analysed, and a financing model proposal was discussed.

The results show that the empowerment model is the financing model that brings the most advantages and benefits to CHULN. Regarding the acceptable price for treating a haemophiliac patient at CHULN, 944 euros/session is the fair and admissible price so as not to compromise the financial sustainability of the system.

Keywords: empowerment model; haemophiliac patient; programme-contract; acceptable price.

Índice

Glossário.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice.....	v
Índice de Tabelas.....	vii
Agradecimentos.....	viii
1. Introdução.....	1
2. Definição e Tratamento de Hemofilia.....	2
3. Apresentação do contexto real e identificação do problema.....	5
4. Modelos de Financiamento/Pagamento na Saúde.....	7
4.1. Modelos e modalidades de pagamentos na Saúde.....	7
4.2. Natureza dos modelos de pagamentos na Saúde.....	8
4.2.1. Modelo Retrospetivo.....	8
4.2.2. Modelo Prospetivo.....	9
4.3. Modalidades de pagamento na Saúde.....	10
4.4. Pagamento pela Produção.....	10
4.4.1. Pagamento por ato.....	10
4.4.2. Pagamento por diária de internamento.....	11
4.4.3. Pagamento por episódio.....	11
4.5. Pagamento por Orçamento Global.....	12
4.6. Pagamento por Capitação.....	13
4.6.1. Capitação e o ajustamento pelo Risco.....	14
5. Financiamento e pagamento da Saúde em Portugal.....	14
6. Metodologia.....	17
7. Acordos de Contrato-Programa.....	19
7.1. Contratos-Programa.....	19
7.2. Contrato-Programa do CHULN para o ano 2023.....	19
7.2.1. Produção Contratada na ótica do Hospital de Origem.....	20
7.2.2. Produção Contratada na ótica do Hospital de destino.....	20
7.2.3. Remuneração pela produção contratada.....	21
7.2.4. Metas hospitalares contratuais.....	21
7.2.5. Incentivos contratuais.....	22
7.3. Contratos-Programa desde o ano 2017 a 2023 do CHULN.....	23
7.4. Transição do CHULN de um Hospital, E.P.E para uma U.L.S., E.P.E.....	24
7.5. Análise aos Contratos-Programa das ULS, E.P.E.....	25
7.6. Capitação como complemento ao financiamento por GDH.....	25
8. Dados.....	27
8.1. Atividade.....	27
8.2. Gastos.....	28
8.2.1. Gastos da especialidade de Imuno-Hemoterapia dos anos 2021 e 2022.....	28
8.2.2. Comparativo entre os anos 2021 e 2022 dos gastos totais da especialidade Imuno-Hemoterapia.....	29
8.2.3. Gastos totais do serviço de Hemofilia (Hospital Dia) de 2021 e 2022...	30
8.2.4. Peso relativo da vertente de Hemofilia (Hospital Dia) dentro da especialidade de Imuno-Hemoterapia.....	30

8.2.5. Custos por consulta e por sessão na especialidade de Imuno-Hemoterapia	
31	
9. Conclusões.....	33
Referências Bibliográficas.....	35

Índice de Tabelas

Tabela I - Produção contratada na ótica do CHULN (Hospital de Origem)	20
Tabela II - Atividade Hospitalar do serviço Imuno-Hemoterapia nos anos 2020 a 2022	27
Tabela III - Gastos da especialidade de Imuno-Hemoterapia dos anos 2021 e 2022.....	28
Tabela IV - Principais rubricas de custo na Imuno-Hemoterapia nos anos 2021 e 2022	29
Tabela V - Comparativo entre os anos 2021 e 2022 dos Gastos totais da especialidade Imuno-Hemoterapia.....	29
Tabela VI - Comparativo entre os anos 2021 e 2022 dos Gastos totais do serviço de Hemofilia (Hospital Dia).....	30
Tabela VII - Peso relativo da vertente de Hemofilia (Hospital Dia) dentro da especialidade de Imuno-Hemoterapia	31
Tabela VIII – Custos por consulta e por sessão na especialidade de Imuno-Hemoterapia	32

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais, pela motivação, pela compreensão, e pelo apoio incondicional que sempre me deram ao longo desta etapa da minha vida pessoal e acadêmica.

À minha namorada, um especial obrigado por toda a paciência durante toda esta etapa, e por ter acreditado sempre em mim.

Quero também agradecer à minha orientadora, Professora Cristina, e à minha coorientadora, Dra. Antonieta Melo de Ávila, por me terem guiado ao longo de todo este percurso.

Por último, aos meus amigos de longa data e colegas que conheci ao longo deste percurso acadêmico, obrigado por terem partilhado esta grande experiência comigo.

1. Introdução

Este trabalho final de mestrado insere-se no âmbito de um projeto, em fase inicial, a ser desenvolvido em parceria entre o Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) e o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN). Este projeto visa descrever a estrutura de custos no tratamento dos doentes hemofílicos, considerando diferentes terapêuticas, assim como analisar os resultados, *outcomes* e eficiência dessas linhas de tratamento. Este estudo, em particular, pretende contribuir para o projeto referido através de uma reflexão sobre o financiamento por doente contratualizado com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), identificação de oportunidades de melhoria e a construção de uma proposta a incluir no Contrato-Programa e nas linhas de financiamento com o Estado.

O CHULN recebe financiamento por doente contratualizado (cerca de 200 doentes/ano) e precisa de metodologia para determinar qual o preço aceitável para tratar um doente.

A realização deste projeto é para mim muito desafiante, pois para além de ter uma aplicabilidade prática, interliga-se com a área da contabilidade de gestão (que é para mim uma área de grande interesse) e permite integrar os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do curso.

O facto de ser um trabalho com o objetivo de apresentar soluções e/ou recomendações sobre problemas práticos dar-me-á uma motivação extra para fazer parte do mesmo e desta forma poder elaborar o meu trabalho final de mestrado.

2. Definição e Tratamento de Hemofilia

A Hemofilia é uma doença rara que pode ser causada por um defeito genético recessivo ligado ao cromossoma X ou pela produção de anticorpos contra os fatores de coagulação (CDC, 2023). Caracteriza-se pela ausência ou déficit acentuado de um dos fatores da cascata de coagulação, o que, como consequência, originará hemorragias frequentes e várias complicações decorrentes das mesmas (APH, 2023). Vulgarmente, manifesta-se sob a forma de hemartrose (hemorragia na articulação) e hematomas musculares ou do tecido mole (CDC, 2023).

Existem três tipos de Hemofilia: a Hemofilia A (deficiência do fator VIII), a Hemofilia B (deficiência do fator IX) e a Hemofilia C (deficiência do fator XI) (Mohammed et al., 2018). No entanto, a gravidade da doença não está relacionada com o tipo de Hemofilia (A, B ou C), mas sim com o grau de deficiência do fator da coagulação em causa, que pode ser “grave”, “moderado” ou “leve” (APH, 2023).

A atividade dos fatores da coagulação dita “normal” é traçada no intervalo entre 50% e 200%. Por sua vez, um indivíduo com menos de 50% de atividade normal de coagulação é considerado doente Hemofílico e pode tomar os seguintes graus de gravidade:

- Hemofilia “grave”, menos de 1% da atividade normal da coagulação;
- Hemofilia “moderado”, entre 1% e 5 % da atividade normal da coagulação;
- Hemofilia “leve”, mais de 5% da atividade normal da coagulação (CDC, 2023).

O tratamento mais vulgar para a Hemofilia é a terapia de reposição do fator de coagulação e os custos dos fatores de coagulação representam a maior parte dos custos do tratamento da hemofilia (Rocha et al., 2015).

Estes fatores têm um custo elevado e, apesar de ser uma doença órfã, estes medicamentos estão entre as áreas terapêuticas com maior despesa a nível hospitalar (Ramos, 2018).

Atualmente existem 4 tratamentos para a Hemofilia: o Profilático, o *On-demand*, o de Indução de Tolerância Imunológica (ITI) e o Subcutâneo.

O tratamento Profilático consiste na administração regular de uma concentração de fator de coagulação por via endovenosa. Esta terapêutica tem como objetivo prevenir a ocorrência de hemorragias e é útil também nos casos em que os níveis de fator de coagulação são mantidos acima de 1% do valor normal (Sousa, 2010).

O tratamento *On-demand* é utilizado como forma de parar a hemorragia, através do fornecimento do fator de coagulação, no entanto, esta terapia não previne o desenvolvimento de hemorragias (Sousa, 2010).

O tratamento de Indução de Tolerância Imunológica (ITI) é recorrentemente utilizado em pacientes que desenvolvem anticorpos que inibem a atuação do fator de coagulação repostos no doente (Sousa, 2010).

Portanto, esta terapia (ITI) envolve o “uso de doses elevadas do fator de coagulação” com o objetivo de rejeitar os inibidores (Rocha et al., 2015).

Por fim, o tratamento subcutâneo é usado como rotina profilática para prevenir ou reduzir a frequência dos episódios hemorrágicos em adultos ou crianças com Hemofilia A, com ou sem inibidores do fator VIII (Witmer & Young, 2012). No tratamento da Hemofilia A os custos totais do seu tratamento são dominados pelo custo da profilaxia (Chen et al., 2023). Além disso, a Hemofilia A é mais dispendiosa em crianças do que em adultos e aumenta exponencialmente com a gravidade da doença (Café et al., 2019).

O fármaco utilizado neste último tratamento é o *Emicizumab* que é um anticorpo monoclonal humanizado administrado por via subcutânea (Candy et al., 2018).

De acordo com Chen et al. (2023) observa-se uma heterogeneidade substancial nos custos de cuidados de saúde associados ao tratamento da Hemofilia A, os quais variam amplamente dependendo das características da população em estudo (gravidade da Hemofilia A, idade, peso, *status* de inibidores) e da intensidade da profilaxia (tipo e intensidade do tratamento).

3. Apresentação do contexto real e identificação do problema

Na atualidade, existem cinco centros de referência para esta área a nível nacional. O CHULN é o maior centro, com mais doentes e que tem apresentado maior evolução na terapêutica.

O CHULN tem sido pioneiro na evolução tecnológica nesta área. No século XX, lideraram a transição para o uso de plasma sintético (não humano) que é considerado mais seguro e, mais tarde, para os fatores recombinantes, uma terapêutica mais segura, mas necessariamente mais cara. Comparativamente à injeção intravenosa (necessária 3/4 vezes por semana), estas terapêuticas reduzem o sofrimento do doente e aumentam a sua qualidade de vida. Além disso, a sua frequência é menor, logo consegue-se reduzir a despesa.

Atualmente, entre 10 a 15% dos doentes do CHULN são tratados com injeção subcutânea (anticorpos monoclonais), o que se traduz numa diferença muito grande na qualidade de vida do doente. Contudo, existe apenas um laboratório mundial a produzir, o que torna esta terapêutica muito cara. Quando outros laboratórios entrarem no mercado espera-se uma descida nos preços. Além disso, a injeção intravenosa criava imunidade, o que tornava necessário aumentar a dosagem, aumentando as despesas por esta via. As novas tecnologias têm minimizado este efeito na imunidade.

A envolvente atual caracteriza-se pela pressão do utente (doente), pois os doentes hemofílicos são muito informados, pela pressão dos *media* sobre o tema da saúde, pelos preços elevados praticados pela indústria farmacêutica e por uma evolução extraordinária nas terapêuticas. Um caso mais grave de hemofilia pode custar ao SNS

centenas de milhar de euros por ano. Contudo, a longo prazo, existirá um número mais reduzido de doentes hemofílicos (devido aos estudos genéticos que podem evitar que a doença se transmita aos filhos) e uma menor necessidade de pessoal (médicos, enfermeiros), porque a terapêutica subcutânea é realizada no domicílio.

Logo, espera-se que existam condições de redução da despesa. Mas até lá, é importante assegurar a sobrevivência financeira e manter um serviço de referência, focado na qualidade.

Paralelamente, os problemas éticos na área dos custos em Saúde são inúmeros e dependem dos recursos disponíveis e das prioridades estabelecidas nas políticas públicas para os respetivos gastos (Antas et al., 2020).

Sendo os recursos económicos finitos e limitados, é necessário que se avalie e determine, com a indispensável transparência e a apropriada prestação de contas, quais os montantes que o SNS está disposto a gastar com uma só pessoa ou num conjunto de pessoas, sob pena de lesar um número maior de doentes para os quais esses recursos financeiros poderiam ser úteis (Antas et al., 2020).

Idealmente, dever-se-ia conjugar o critério de “mais vidas” com o de “mais qualidade e tempo de vida”. Desta forma, torna-se fundamental ter em consideração as escolhas que são feitas ao nível da gestão clínica, ou seja, medir os custos, os resultados e os benefícios (análise custo-benefício) no tratamento de cada utente.

Assim, é necessário avaliar não só os custos, mas também os benefícios reais que se consegue oferecer aos doentes com determinados investimentos.

4. Modelos de Financiamento/Pagamento na Saúde

O financiamento da saúde constitui, atualmente, uma das grandes preocupações a nível mundial, independentemente do sistema de saúde que é adotado em cada um dos países.

Efetivamente, não existem modelos ideais para o financiamento da saúde. No entanto, urge a necessidade de discutir e estudar esta temática de forma a aperfeiçoar o conhecimento nesta área com o intuito de tecer tomadas de posição mais eficientes, quer do ponto de vista do impacto no cidadão (melhoria da qualidade de vida), quer no que diz respeito à própria sustentabilidade do SNS.

De notar que os termos “financiamento” e “pagamento” são utilizados para referir a utilização de recursos financeiros destinados a pagar a prestação de cuidados de saúde.

4.1. Modelos e modalidades de pagamentos na Saúde

Os diversos modelos de financiamento na área da Saúde afetam inevitavelmente o comportamento das unidades de saúde enquanto prestadoras de cuidados de saúde (Barnum et al., 1995).

Deste modo, as diferentes características que compõem o ADN dos variados modelos de financiamento, podem despoletar desvios/discrepâncias nos objetivos de eficiência, equidade no acesso às terapêuticas, qualidade e grau de satisfação dos utentes (Barnum et al., 1995).

Na área da saúde, o financiamento não só diz respeito ao modo como é captado o Capital que fará face às despesas (Barros, 2009), mas também ao modo como os recursos financeiros serão distribuídos pelos prestadores dos cuidados de saúde para fazerem face aos custos de produção intrínsecos (Aas, 1995).

Para a contextualização deste estudo, o financiamento hospitalar traduz-se na captação de recursos financeiros dignos e aceitáveis que garantam a cobertura das despesas dos cuidados prestados aos doentes, redarguindo às diferentes necessidades, e garantindo simultaneamente a sustentabilidade do centro hospitalar.

Bentes et al. (1996, pg. 33-40) elucidam que um sistema de financiamento hospitalar é “um conjunto de regras objetivas, reconhecidas e politicamente aceites, destinadas à subsistência de uma rede de cuidados diferenciados que assegure a prestação efetiva de cuidados aos doentes e que incentive a gestão eficiente dos recursos”. Portanto, crê-se que o financiamento tenha em consideração não só a questão da origem de recursos mas também a forma como os mesmos são afetos e geridos.

No que diz respeito à sua natureza, subsistem, fundamentalmente, dois modelos de alocação de recursos financeiros aos hospitais: o modelo retrospectivo e o modelo prospetivo, combinando diferentes modalidades de pagamento (Serrão et al., 1998).

Deste modo, importa entender as características destes modelos para compreender qual dos dois melhor serve as particularidades em estudo neste trabalho.

4.2. Natureza dos modelos de pagamentos na Saúde

A literatura, em função da natureza, atenta dois modelos de afetação de meios financeiros aos hospitais, retrospectivo e prospetivo, sendo que a cada um estão relacionados benefícios e desvantagens, conforme descrito abaixo (Bentes, 1998; Barnum et al., 1995).

4.2.1. Modelo Retrospectivo

O modelo retrospectivo, como a própria designação indica, consiste na restituição dos custos incorridos pelos prestadores dos cuidados de saúde, sendo o montante concedido

calculado tendo em conta a despesa do ano antecedente, não existindo por isso nenhuma correlação entre o financiamento, a produção e o desempenho (Bentes, 1998).

Portanto, este modelo de financiamento possibilita ao prestador do serviço (Hospital) recuperar a totalidade das despesas incididas no tratamento dos doentes, independentemente de essas mesmas despesas terem sido elevadas ou baixas, excessivas ou eficientes (Barros, 2017).

Assim, considera-se que este sistema de remuneração não contém quaisquer incentivos à eficiência uma vez que não contempla qualquer risco financeiro para o prestador. Deste modo, o prestador não tem a preocupação da redução dos custos, muito pelo contrário, pode sim fomentar um consumo desproporcionado dos mesmos.

4.2.2. Modelo Prospetivo

O modelo prospetivo, à luz da sua denominação, considera como base de remuneração (financiamento) a atividade desenvolvida sendo que os preços são fixados antecipadamente, assim como o tipo e volume dos serviços a prestar (Costa et al., 2008).

Desta forma, significa que este modelo não tem em consideração os custos incorridos, podendo os mesmos serem superiores ou inferiores à quantia atribuída (financiada). Portanto, o modelo prospetivo estabelece, assim, o pagamento para cada tipo de procedimento antes do tratamento ao doente ter ocorrido (Barros, 2017).

Assim, considera-se que este sistema de remuneração gera fortes incentivos à eficiência e à contenção de custos, no entanto, introduz incerteza financeira no prestador de serviço. Deste modo, o prestador é financeiramente responsável pela despesa incorrida além do preço fixado por doente tratado (Perelman et al., 2008).

Num sistema prospetivo puro, o agravamento da situação clínica do doente não corresponde a um aumento de receitas, no entanto os custos de tratamento, na grande maioria dos casos, aumentam (Barros, 2017).

4.3. Modalidades de pagamento na Saúde

Tanto o modelo retrospectivo como prospetivo, abrangem várias modalidades de pagamento (modalidades de pagamento) aos prestadores que se traduzem essencialmente em critérios que aclaram a forma como os recursos financeiros são concedidos às instituições, sendo que a diferentes modalidades de pagamento estão associados riscos e incentivos distintos.

A literatura sugere, as seguintes modalidades de pagamento: pagamento pela produção (por ato, por diária de internamento, por episódio), pagamento por orçamento global, e pagamento por capitação (Barnum et. al, 1995; Médici, 2002; Serrão et al., 1998; Aas, 1995).

De acordo com Persson et al. (2016), verifica-se uma tendência para se deixar de pagar o fator de produção ou a utilização de recursos e passar a pagar o valor dos tratamentos e dos resultados.

4.4. Pagamento pela Produção

4.4.1. Pagamento por ato

Trata-se de uma unidade de pagamento onde o prestador é remunerado por cada ato ou serviço prestado compreendendo o pagamento total na soma dos preços dos atos prestados. Desta forma, o financiamento obtido é variável estando ele dependente do número de atos prestados.

Segundo a Serrão et al. (1998), os preços a serem pagos por cada ato prestado podem estar antecipadamente aclarados ou não, o que determinará ser ou não, respetivamente, considerada uma unidade de pagamento associada a um modelo de financiamento retrospectivo.

A principal desvantagem associada a esta unidade de pagamento é o incentivo que fornece a uma multiplicação supérflua dos atos médicos e conseqüentemente, o desencorajamento à prevenção da doença originando um aumento dos custos totais (Barros & Gomes, 2002).

4.4.2. Pagamento por diária de internamento

Nesta unidade de pagamento, o prestador é remunerado com base no número de dias de internamento do doente. Por esta lógica, quanto maior o número de dias de internamento de um doente maior é o financiamento recebido.

Este meio de pagamento potência a ineficiência uma vez que incentiva admissões dispensáveis que eventualmente possam ser tratados no ambulatório e estimula a demora média de internamento com vista à obtenção de um financiamento excedentário (Aas, 1995).

4.4.3. Pagamento por episódio

A unidade de pagamento denominada por “pagamento por episódio”, também conhecida pela literatura por “pagamento por Grupo de Diagnóstico Homogéneo” (GDH), consiste na atribuição de uma quantia fixa (previamente definida) por cada doente em cada um dos GDH.

Desta forma, o preço previamente acordado para cada episódio é suposto remunerar todos os custos que são incorridos ao longo de cada episódio dentro de cada GDH.

Deste modo, há um claro incentivo para a gestão eficiente dos recursos financeiros, uma vez que se o prestador tratar o doente a um preço inferior ao preço pago por cada episódio, reterá essa diferença para possível investimento futuro, em caso contrário, incorrerá em perdas financeiras consecutivas (Vertrees, 1998).

A principal desvantagem associada a esta unidade de pagamento, é o incentivo à seleção de doentes com menores custos de tratamento associados dentro de cada GDH pois o interesse a nível financeiro origina a preferência por episódios para os quais o financiamento venha a ser superior aos custos esperados.

Portanto, tal como mencionado no 3º capítulo deste trabalho, aqui entram as questões e os problemas éticos no âmbito dos custos, associados à área da saúde, que devem ser encarados com o devido profissionalismo e responsabilização de todos os que fazem parte do processo de decisão e efetivação das políticas públicas instituídas.

4.5. Pagamento por Orçamento Global

A unidade de pagamento por “orçamento global” corresponde ao financiamento da despesa mediante a atribuição de um montante global durante um determinado período. Este método de financiar a atividade do prestador pressupõe a existência de um acordo entre o próprio e a entidade que financia, relativamente aos montantes totais a serem financiados tendo em conta os critérios acordados (por exemplo, oferta ou procura).

Os orçamentos globais podem ser determinados com base na despesa histórica (Orçamentos Históricos) ou tendo em consideração a alocação dos fundos com base na eficiência do Plano de Atividades e simultaneamente na despesa histórica (Orçamentos de Base Zero).

Os orçamentos podem ser elaborados com recurso a diversas variáveis como, por exemplo, os custos unitários fixos, as populações a serem cobertas, o volume de serviço

a ser prestado, e poderão tornar-se úteis quando articulados com outras modalidades de pagamento tal como a capitação ou pagamento por episódio (Barnum et al., 1995).

Segundo Santana (2011), as principais desvantagens associadas a esta unidade de pagamento são: a definição da população alvo, a definição de objetivos de atividade esperada, a avaliação do desempenho da atividade e a definição de custos de referência.

4.6. Pagamento por Capitação

O pagamento por capitação é um sistema de remuneração que pressupõe a atribuição de um montante fixo por cada utente que integra a lista de doentes ou a área residencial do prestador dos cuidados de saúde, independentemente de precisarem ou não de cuidados (Santana, 2011).

Assim sendo, este sistema vive da procura, ou seja, o montante do financiamento das instituições de saúde é definido em função da extensão da população previamente definida ou escolhida pelo prestador, sendo que a escolha do prestador do serviço é feita pelo cidadão (utente).

Na grande maioria das situações em que a opção passa por este sistema de financiamento, o prestador acolhe um elevado risco financeiro operacional uma vez que sustenta o risco intrínseco ao desenrolamento de estados clínicos adversos em cada indivíduo (Barros & Gomes, 2002).

Deste modo, há um duplo incentivo ao controlo dos custos e à prestação de cuidados de saúde que tenham em linha de pensamento a eficácia e simultaneamente a contenção de custos. (Barnum, 1995).

4.6.1. Capitação e o ajustamento pelo Risco

No setor da saúde, risco resulta do padrão estocástico de cada indivíduo na futura utilização dos cuidados (Hornbrook & Goodman, 1991).

O ajustamento ao risco é um elemento fundamental aquando da implementação do sistema de pagamento tendo por base a capitação, isto porque ajusta o pagamento per capita pelo risco da população sob a alçada de cada prestador (ERS, 2015).

Por esta lógica, os prestadores que assistem uma população com previsivelmente e estatisticamente maiores carências de cuidados devem receber um financiamento per capita proporcionalmente superior a outros que auxiliam populações mais saudáveis (ERS, 2015).

Tendo sido escrutinadas as vantagens e desvantagens associadas aos demais sistemas e modalidades de pagamento aos prestadores de saúde, importa agora entender qual a realidade do financiamento da Saúde em Portugal nos últimos anos, principais evoluções e em seguida perceber qual a realidade nos países europeus.

5. Financiamento e pagamento da Saúde em Portugal

Na grande maioria dos países desenvolvidos, o financiamento na saúde tem estado a ser alvo de reformas devido à crescente preocupação para com o aumento da despesa pública. Todos estes países, e qualquer outro, partilham os mesmos objetivos:

- Maximizar a eficiência com o mínimo de recursos possíveis;
- Maximizar a eficácia na resposta às necessidades da população;
- Promoção do nível de saúde da população (mais anos de vida com melhor qualidade de vida).

O SNS em Portugal é financiado maioritariamente através do Orçamento de Estado. Este Orçamento é por sua vez financiado principalmente por impostos diretos (na grande maioria progressivos) e por impostos indiretos (regressivos), os quais representaram, em 2020, aproximadamente 44% e 56% das receitas do Estado, respetivamente (Oliveira et al., 2022).

Em 1976, é aprovada a nova Constituição da República, cujo artigo 64.º proporciona a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito.

Segundo Kutzin, J. (2000), os sistemas de saúde tendencialmente gratuitos, gerais e universais desempenham a função de seguro de saúde para as respetivas populações, embora existam mecanismos institucionais e organizações que diferem de país para país no que diz respeito à mobilização e alocação de recursos.

Até 1980, tal como refere Bentes (1998), o financiamento hospitalar do SNS em Portugal era efetuado segundo um modelo de pagamento retrospectivo, tendo por base a despesa histórica. No entanto, um constante aumento significativo da despesa pública com a Saúde, levou à mudança para o sistema de financiamento prospetivo através da implementação de orçamentos hospitalares para contornar a falta de eficiência na utilização dos recursos que até aqui se verificava e, conseqüentemente, para um maior controlo da despesa pública na saúde (Carvalho, 2010).

No período entre 1980 e 1990, com a assunção do modelo de financiamento acima frisado, foi atribuída a autonomia administrativa e financeira aos hospitais do SNS. Entre 1990 e 1997 foi, paulatinamente, introduzido o pagamento hospitalar prospetivo por GDH.

Segundo Costa et al. (2008, pg. 67-102), verificou-se que o impacto da implementação do pagamento hospitalar prospetivo por GDH no desempenho dos

hospitais não foi o esperado, dado que o sistema de pagamento e a estrutura organizacional estavam ajustados de forma inadequada (Carvalho, 2010).

No início do século XXI, iniciaram-se várias reformas no SNS sendo um dos objetivos conjugar a responsabilização na gestão com a flexibilização das organizações (Sakellarides et al., 2006), através, nomeadamente, da implementação de novos mecanismos, como agências de contratualização, centros de responsabilidade integrados e de remunerações segundo o desempenho e sistemas de qualidade (Ministério da Saúde, 2011; OPSS, 2003, citado por Da Silva, 2015).

Em 2002, com a empresarialização do setor hospitalar, avançou-se com o modelo de contratualização com os hospitais mediante a celebração de um Contrato-Programa entre a entidade contratadora (Estado) e a entidade prestadora (Hospital), sendo definidos objetivos de produção, de qualidade e eficiência que possibilitam aferir o desempenho das unidades e equipas de gestão (Ministério da saúde, 2008).

Nos tempos mais recentes, para retorquir as pressões financeiras a que o Estado tem vindo a estar sujeito, denotou-se a implementação do financiamento hospitalar por capitação, tornando-se esta unidade de pagamento uma das formas de atenuar os gastos e distribuir os recursos financeiros no setor da saúde de um modo mais racional e previsível (Carvalho, 2010)

Deste modo, chega-se à conclusão de que o financiamento do SNS foi composto por diferentes modelos sendo que alguns dos quais ainda prevalecem.

6. Metodologia

Este estudo está enquadrado num projeto em colaboração com o CHULN. Numa fase inicial, ocorreram duas reuniões de apresentação do projeto com a presença dos responsáveis da parte do CHULN, nomeadamente um membro da administração (Dr.^a Antonieta d'Ávila), o diretor clínico do serviço de Hemofilia (Dr. Álvaro Beleza) e uma médica do serviço de Hemofilia (Dr.^a Cristina Catarino). Estas reuniões permitiram uma primeira abordagem à doença e suas especificidades, conhecer as evoluções tecnológicas que têm ocorrido desde o século XX ao nível das terapêuticas usadas e do papel pioneiro que o CHULN tem desempenhado no tratamento da Hemofilia em Portugal. Foi ainda possível compreender melhor os objetivos do projeto.

Numa fase mais avançada do projeto, decorreu uma reunião com a coordenadora deste trabalho (Dr.^a Antonieta d'Ávila) de forma a alinhar a metodologia a adotar na realização do mesmo. Esta reunião permitiu traçar em concreto a estratégia a adotar, pelo que ficou decidido:

- Efetuar uma análise comparativa desde o ano 2017 a 2023 dos Contratos Programas formalizados pelo CHULN e disponibilizados pelo mesmo;
- Efetuar a introdução da passagem do CHULN, E.P.E para uma Unidade Local de Saúde (ULS) isto porque, à data, já era do conhecimento por parte da Administração do Centro Hospitalar de que o Hospital iria passar a ter um estatuto de ULS;
- Explorar o facto de nas ULS o tipo de financiamento adotado ser por capitação (ajustado ou não ao risco);
- Efetuar a comparação de um Contrato-Programa de uma ULS e o do Hospital do ano 2023.

O estudo contempla todo o universo de doentes hemofílicos tratados neste centro hospitalar, com base na análise de dados financeiros e clínicos, extraídos das bases de dados do CHULN. Foram também recolhidos dados primários, através de entrevistas realizadas junto da equipa médica e de investigadores no serviço de Hemofilia. Os dados foram analisados em conjunto, numa lógica crítica, para que fosse possível identificar oportunidades de melhoria face ao Contrato-Programa atualmente existente que financia os hospitais através do orçamento de Estado, mas que não consegue cobrir os custos atuais, em especial quando as opções terapêuticas com melhores *outcomes* para os doentes se revelam mais dispendiosas.

7. Acordos de Contrato-Programa

7.1. Contratos-Programa

O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, aprova o Estatuto do SNS e prevê que o Estado venha a celebrar Contratos-Programa com os estabelecimentos de saúde do SNS para pagamento dos atos e serviços que estes prestam aos utentes do SNS.

Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro foi criada a Direção Executiva do SNS (DE-SNS, I.P.). Conforme o previsto na alínea o) do n.º 2 do artigo 3.º do Anexo I do DL n.º 61/2022, é atribuição da DE-SNS, I.P. a celebração de Contratos-Programa com as unidades de saúde do SNS e com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, I.P.).

Para o ano 2023, o processo de negociação e contratualização dos Acordos Modificativos ao Contrato-Programa é, de forma transitória, conduzido pela ACSS, I.P. e pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) com acompanhamento do diretor executivo do SNS, de acordo com os termos previstos na alínea b) do n.º 3 do Despacho n.º 12745/2022, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª Série, de 3 de novembro.

7.2. Contrato-Programa do CHULN para o ano 2023

No ano 2023 o Contrato-Programa teve quatro intervenientes o DE-SNS,I.P., a ACSS, I.P., a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e o CHULN, E.P.E.

7.2.1. Produção Contratada na ótica do Hospital de Origem

Relativamente à produção contratada, produção essa que previamente é definida, a Tabela I indica o que está previsto nas situações em que a produção contratada é efetivamente assegurada pelo hospital de origem e nas situações em que isso não ocorre, nomeadamente ao nível da responsabilidade financeira e respetivas deduções de montantes ao Contrato-Programa.

Tabela I - Produção contratada na ótica do CHULN (Hospital de Origem)

Produção contratada na ótica do CHULN (Hospital de origem)	Responsabilidade financeira	Dedução ao valor do Contrato-Programa	Regras definidas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA)
A produção correspondente às prestações de saúde que constam do acordo do Contrato-Programa do Hospital de origem	Assume a total responsabilidade financeira	Não há lugar a deduções	Pressupõe-se que cumpre
Todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros aos utentes inscritos na lista de inscritos para cirurgia (LIC) do Hospital de origem	Não assume a total responsabilidade financeira	São deduzidos os montantes relativos aos episódios cirúrgicos realizados por terceiros que inicialmente estavam programados ocorrer no hospital de origem	Terá de cumprir

Fonte: Contrato-Programa CHULN 2023

7.2.2. Produção Contratada na ótica do Hospital de destino

Nas situações em que o hospital de destino público no âmbito do SIGA acaba por ser o CHULN, o mesmo pode faturar no Contrato-Programa, o valor dos episódios cirúrgicos programados correspondentes a utentes inscritos na LIC do Hospital de origem (terceiro), nos seguintes moldes:

- Acresce integralmente ao valor contratado, não sendo abrangido pelo princípio do orçamento global;

- Não releva para a determinação do valor de incentivos afeto a objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência;
- Não é considerado para efeitos das demonstrações financeiras nem para a atualização das metas fixadas para os objetivos de eficiência económico-financeira contratualizados.

7.2.3. Remuneração pela produção contratada

No ano 2023, o Hospital CHULN receberá o valor máximo de 503.976.839,00 euros ao qual poderá acrescentar o valor dos episódios cirúrgicos correspondentes a utentes inscritos na LIC de outro hospital.

Foi adotado um preço base único para as atividades de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, agrupadas em GDH (3.120,00 euros).

As atividades do Hospital são remuneradas em função da valorização dos atos e serviços efetivamente prestados, valorização essa que é calculada a partir de um preço unitário de referência e ajustado em função do nível de complexidade (*case-mix*). O índice *case-mix* utilizado teve por base a atividade realizada no ano 2015.

A atividade de doentes agudos foi classificada em GDH através do agrupador na versão *All Patient Refined DRG*¹.

7.2.4. Metas hospitalares contratuais

O Hospital está obrigado a cumprir as metas fixadas para os objetivos de qualidade, desempenho assistencial e eficiência económico-financeira, associados a incentivos institucionais, nos termos do apêndice 2 do Contrato-Programa estabelecido e de acordo com metodologias a definir.

¹ É um sistema que classifica os pacientes de acordo com o motivo da admissão, a gravidade da doença e o risco de mortalidade.

A título de exemplificativo, ao nível dos objetivos de acesso, o Hospital deve atingir uma percentagem de 60% de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos. Relativamente aos objetivos de qualidade, o Contrato-Programa prevê, por exemplo, que o índice de mortalidade ajustada não ultrapasse o valor de 0,8500. Por fim, entre os objetivos de eficiência económico-financeira a que o hospital se propõe cumprir está, por exemplo, a percentagem de gastos com trabalho extraordinário, suplementos e FSE no total dos gastos com o Pessoal que não deve ultrapassar os 19%.

7.2.5. Incentivos contratuais

Foi instituído um incentivo institucional correspondente a 5% do valor do Contrato-Programa, em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira, nos termos do apêndice 2 e de metodologias a definir.

Foi igualmente instituído um incentivo ao desempenho das instituições, em função dos indicadores de performance. Este incentivo no valor correspondente a 1% do montante total do Contrato-Programa, será afeto ao Hospital em função de um *score* de desempenho comparado, regulado pela tutela setorial.

O score de desempenho é atribuído tendo em conta diversos critérios repartidos por 3 categorias: Acesso, Qualidade e Eficiência. Ao nível da vertente do acesso está estipulado, por exemplo, o peso das consultas externas com registo de alta clínica no total das consultas externas. No que diz respeito aos critérios de qualidade, está previsto, por exemplo, o índice de risco clínico e segurança do doente. Relativamente aos níveis de desempenho de eficiência económico-financeira, está englobado, por exemplo, o índice dos gastos com produtos farmacêuticos por doente padrão.

7.3. Contratos-Programa desde o ano 2017 a 2023 do CHULN

Relativamente aos Contratos-Programa, desde 2017 até à atualidade, é de mencionar que em nenhum dos anos existe a referenciação direta do tratamento da Hemofilia, ou seja, não está previsto nos Contratos-Programa o financiamento direto dos doentes hemofílicos.

A única linha de referência dos Contratos-Programa que se enquadra diretamente no tratamento da Hemofilia é a que prevê a sessão em hospital da especialidade de Imuno-Hemoterapia.

Ao olharmos para os Contratos-Programa desde o ano 2017 a 2023, denota-se que de ano para ano os contratos ficaram com uma complexidade superior devido ao facto de ter ocorrido um esmiuçamento das linhas de referência dos mesmo e, por conseguinte, dos níveis de complexidade associados.

No que diz respeito ao valor unitário de cada linha de referência da atividade hospitalar, em termos médios, tem um aumento de 5% ao ano. Este aumento de 5% torna-se insuficiente face ao aumento do número de doentes que se faz sentir de ano para ano.

No caso em particular do tratamento da Hemofilia, este aumento de 5% do preço unitário é escasso face à despesa efetuada, no entanto o motivo pela qual não é suficiente não é tanto pelo aumento do número de doentes mas sim devido às terapêuticas que o CHULN decide implementar no tratamento dos doentes, uma vez que são terapêuticas de última geração e que, por consequência, são bastante dispendiosas, comparativamente com os tratamentos mais habituais.

7.4. Transição do CHULN de um Hospital, E.P.E para uma U.L.S., E.P.E.

O CHULN atualmente é considerado um Hospital E.P.E, ou seja, uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

Tendo o conhecimento prévio de que o CHULN está num processo de transição para se transformar numa Unidade Local de Saúde (ULS, E.P.E.), torna-se essencial entender quais são as principais diferenças relativamente ao modelo empresarial atual.

Comparando o atual regime jurídico do setor público empresarial, a que o CHULN está sujeito neste momento, com o que vigora numa ULS, E.P.E., há desde logo uma diferença que ressalta à vista, o facto de uma ULS, E.P.E., ter por objetivo assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida, significando que deve assegurar os cuidados primários à população abarcada dentro da sua área territorial e são por ela responsáveis.

Em Portugal, o modelo de capitação é a base das ULS, E.P.E., uma vez que a integração vertical dos cuidados de saúde maximiza as potencialidades da sua capitação. Este modelo é utilizado na prestação de cuidados de saúde primários, onde o pagador (ACSS) distribui uma quantia monetária *per capita*.

Portanto, significa que o CHULN ao ser convertido numa ULS,E.P.E. irá estabelecer o seu financiamento hospitalar, mediante o Contrato-Programa, tendo como orientação base o modelo de capitação, ao invés de ser alicerçado pelo financiamento por Orçamento Global e/ou por GDH.

Desta forma, torna-se interessante analisar de que forma estão estabelecidos os Contratos-Programa nas entidades a seguir mencionadas.

7.5. Análise aos Contratos-Programa das ULS, E.P.E.

Em consequência da necessidade de “uma reengenharia do sistema de saúde numa perspetiva organizacional” (ERS, 2015) procedeu-se à criação do sistema com a conceção da primeira ULS em Matosinhos (ULSM) no ano de 1999. De seguida, foram criadas as ULS do Norte Alentejano em 2007, Guarda, Baixo Alentejo e Alto Minho em 2008, Castelo Branco, Nordeste e Litoral Alentejano em 2010, 2011 e 2012, respetivamente (ACSS, 2009).

No que diz respeito aos preços unitários estabelecidos para o financiamento da ULS, estes são inferiores comparativamente aos preços unitários fixados no Contrato-Programa do CHULN, nomeadamente nas linhas de referência das consultas externas (cerca de -38%) e também nos episódios de GDH de Ambulatório (aproximadamente -5%).

Em todas as restantes linhas de referência que compõem a atividade Hospitalar os preços unitários não se alteram, o que significa que não há alterações materialmente relevantes relativamente aos preços unitários instituídos nos Contrato-Programa de uma ULS e do CHULN.

7.6. Capitação como complemento ao financiamento por GDH

O modelo de financiamento por capitação, para além de ser possível ser ajustado através do risco, pode ainda ser usado como forma de complemento ao sistema de financiamento por GDH. Vejamos de seguida alguns estudos que confirmam o que foi anteriormente escrito.

Antioch & Walsh (2002), na Austrália, concluiu que com a implementação do modelo de capitação com ajustamento do risco para o GDH de Fibrose Cística conseguia reduzir o risco e os encargos financeiros originando um uso mais adequado

dos fundos financiados. De acordo com a autora, esta conjugação de modelos de financiamento pode também proporcionar incentivos mais convenientes para tratar, neste caso, este tipo de doentes aumentando assim a oferta de cuidados de saúde (terapêuticas) e por conseguinte o aumento de financiamento, com capacidade para fazer face à elevada despesa que muitos dos tratamentos mais sofisticados causam. Foi estudada a hipótese de implementação do modelo de capitação para doenças crónicas para complementar o sistema de financiamento por GDH, que estava a ser utilizado pelo sistema de saúde australiano, porque apurou-se que nas principais unidades de saúde universitárias os preços relativos por GDH eram reduzidos para determinadas doenças crónicas como por exemplo a Fibrose Cística (Antioch & Walsh, 2002).

Os resultados deste estudo relevam a importância de um modelo de capitação para as doenças crónicas como uma “reforma” complementar ao *casemix* dos GDH na Austrália, devido ao seu potencial na igualdade, eficiência e justiça distributiva.

8. Dados

Relativamente aos dados fornecidos pelo CHULN, designadamente dados referentes à atividade e gastos da especialidade de Imuno-Hemoterapia (especialidade que trata a doença Hemofilia), importa referir que apenas há dados completos, reportados aos anos 2021 e 2022, das áreas de atividades de Hospital Dia e Consultas Externas.

8.1. Atividade

A atividade hospitalar do serviço de Imuno-Hemoterapia das Consultas Externas e Hospital Dia, relativa aos anos 2020 a 2022, é apresentada na Tabela II.

Tabela II - Atividade Hospitalar do serviço Imuno-Hemoterapia nos anos 2020 a 2022

	Acompanhamento Acumulado				
	2020	2021	% Var. 21-20	2022	% Var. 22-21
Consulta Externa					
Primeiras Consultas	2 091	2 864	36,97%	2 741	-4,29%
Consultas Subsequentes	26 413	28 983	9,73%	26 056	-10,10%
Total de Consultas	28 504	31 847	11,73%	28 797	-9,58%
Hospital de dia					
N.º Sessões	11 113	12 459	12,11%	12 901	3,55%
N.º Doentes	3 900	4 385	12,44%	4 602	4,95%
N.º Sessões por Doente	2,85	2,84	-0,29%	2,80	-1,33%

Fonte: CHULN

Analisando a Tabela II, no que toca às consultas externas ao compararmos o ano 2021 com o ano 2020, chegamos à conclusão de que o ano de 2021 teve uma maior atividade hospitalar, sendo que no total das consultas em valores absolutos sofreu um acréscimo 2.983 consultas. Comparativamente ao ano 2021, o ano 2022 teve uma diminuição no número total de consultas, regressando ao nível que havia sido registado no ano 2020.

Relativamente ao Hospital de Dia, há a realçar o constante aumento do número de doente ano após ano. No entanto, o número de sessões não acompanhou proporcionalmente o aumento no número de doentes, ou seja, apesar do total de sessões ter aumentado, verificou-se que o número de sessões por doente diminuiu paulatinamente, tendo-se fixado em 2,80 sessões por doente, em termos médios.

8.2. *Gastos*

8.2.1. **Gastos da especialidade de Imuno-Hemoterapia dos anos 2021 e 2022**

O total de gastos da especialidade de Imuno-Hemoterapia nos anos 2021 e 2022, encontram-se apresentados, de uma forma resumida, na Tabela III.

Tabela III - Gastos da especialidade de Imuno-Hemoterapia dos anos 2021 e 2022

	2021		2022	
	Hospital Dia	Consulta Externa	Hospital Dia	Consulta Externa
Total (Gastos Diretos + Gastos Indiretos)	13 190 036,47 €	896 333,34 €	14 061 355,55 €	3 244 750,86 €
Gastos Indiretos	2 963 341,02 €	348 111,12 €	1 449 002,59 €	611 618,58 €
Gastos Diretos	10 226 695,45 €	548 222,22 €	12 612 352,96 €	2 633 132,28 €

Fonte: CHULN

Analisando a Tabela III, concluiu-se que o Hospital Dia é a área de atividade que consome a maior parte dos gastos do serviço, aproximadamente 93,64% no ano 2021 e 81,25% no ano 2022 tendo sofrido assim um ligeiro decréscimo.

Adicionalmente, ao analisar detalhadamente as principais rúbricas de custo respeitantes aos anos 2021 e 2022, conclui-se que fazem parte do lote das rúbricas que acolhem a maior incidência dos custos da especialidade de Imuno-Hemoterapia, os medicamentos e os gastos com pessoal no caso da área de atividade Hospital de Dia e, os medicamentos, os subcontratos e os gastos com pessoal na área das consultas externas, tal como exemplifica a Tabela IV.

Tabela IV - Principais rúbricas de custo na Imuno-Hemoterapia nos anos 2021 e 2022

	2021		2022	
	Hospital Dia	Consulta Externa	Hospital Dia	Consulta Externa
Total (Gastos Diretos + Gastos Indiretos)	13 190 036,47 €	896 333,34 €	14 061 355,55 €	3 244 750,86 €
Gastos Diretos	10 226 695,45 €	548 222,22 €	12 612 352,96 €	2 633 132,28 €
Medicamentos	8 825 188,19 €	156 892,78 €	11 386 444,30 €	196 734,85 €
Subcontratos	1 358,20 €	34 147,30 €	- €	2 066 188,86 €
Gastos com pessoal	1 305 191,98 €	347 365,51 €	1 149 861,96 €	354 288,48 €

Fonte: CHULN

Tal como era expectável, os gastos incorridos com os medicamentos são a maior despesa do serviço. Em 2021 representam cerca de 63,76% do total dos gastos e, 83,36% do total dos gastos diretos. No ano 2022 revelam cerca de 66,93% do total dos gastos e, aproximadamente, 75,98% do total dos gastos diretos.

8.2.2. Comparativo entre os anos 2021 e 2022 dos gastos totais da especialidade Imuno-Hemoterapia

Na Tabela V, é demonstrada a comparação entre os anos 2021 e 2022 dos gastos totais da especialidade de Imuno-Hemoterapia (inclui os gastos totais do Hospital de Dia e Consultas Externas), de uma forma resumida.

Tabela V - Comparativo entre os anos 2021 e 2022 dos Gastos totais da especialidade Imuno-Hemoterapia

	2021	2022	Varição	% Var.
Total (gastos diretos + gastos indiretos)	14 086 369,81 €	17 306 106,41 €	3 219 736,60 €	22,86
Gastos Indiretos	3 311 452,14 €	2 060 621,17 €	- 1 250 830,97 €	-37,77
Gastos Diretos	10 774 917,67 €	15 245 485,24 €	4 470 567,57 €	41,49

Fonte: CHULN

Analisando a Tabela V, chegamos à conclusão de que, do ano 2021 para o ano 2022, os gastos totais aumentaram substancialmente na ordem dos 23%. Este acréscimo acentuado deveu-se sobretudo ao aumento abrupto (41%) dos gastos diretos, representando em valores absolutos um incremento de aproximadamente 4,5M euros.

Em sentido contrário, os gastos indiretos permitiram atenuar o aumento dos gastos totais uma vez que comparativamente com o ano 2021, o ano 2022 registou uma diminuição de gastos de sensivelmente 1,3M euros.

8.2.3. Gastos totais do serviço de Hemofilia (Hospital Dia) de 2021 e 2022

Na Tabela VI, é demonstrado o total de gastos do serviço de Hemofilia no Hospital de Dia nos anos 2021 e 2022 e a variação entre os anos 2021 e 2022 dos gastos totais, de uma forma resumida.

Tabela VI - Comparativo entre os anos 2021 e 2022 dos Gastos totais do serviço de Hemofilia (Hospital Dia)

	2021	2022	Varição	% Var.
Total (gastos diretos + gastos indiretos)	10 934 522,86 €	12 188 623,40 €	1 254 100,54 €	11,47
Gastos Indiretos	2 456 605,80 €	1 256 020,22 €	- 1 200 585,58 €	-48,87
Gastos Diretos	8 477 917,06 €	10 932 603,18 €	2 454 686,12 €	28,95

Fonte: CHULN

8.2.4. Peso relativo da vertente de Hemofilia (Hospital Dia) dentro da especialidade de Imuno-Hemoterapia

Na Tabela VII, primeiramente, é apresentado e visível o peso relativo que, a Hemofilia tem perante a especialidade de Imuno-Hemoterapia inserida dentro da atividade do Hospital de Dia e posteriormente é demonstrado a percentagem da Hemofilia relativamente à junção do Hospital de Dia com as Consultas Externas da especialidade Imuno-Hemoterapia.

Tabela VII - Peso relativo da vertente de Hemofilia (Hospital Dia) dentro da especialidade de Imuno-Hemoterapia

	2021	%	2022	%	Diferença
Hemofilia (Hospital Dia)					
Total (gastos diretos + gastos indiretos)	10 934 522,86 €		12 188 623,40 €		1 254 100,53 €
Gastos Indiretos	2 456 605,80 €		1 256 020,22 €		-1 200 585,59 €
Gastos Diretos	8 477 917,06 €		10 932 603,18 €		2 454 686,12 €
Especialidade Imuno-Hemoterapia (Hospital Dia)					
Total (gastos diretos + gastos indiretos)	13 190 036,47 €	0,83	14 061 355,55 €	0,87	871 319,08 €
Gastos Indiretos	2 963 341,02 €	0,83	1 449 002,59 €	0,87	-1 514 338,43 €
Gastos Diretos	10 226 695,45 €	0,83	12 612 352,96 €	0,87	2 385 657,51 €
Especialidade Imuno-Hemoterapia (Hospital Dia e Consultas Externas)					
Total (gastos diretos + gastos indiretos)	14 086 369,81 €	0,78	17 306 106,41 €	0,70	3 219 736,60 €
Gastos Indiretos	3 311 452,14 €	0,74	2 060 621,17 €	0,61	-1 250 830,97 €
Gastos Diretos	10 774 917,67 €	0,79	15 245 485,24 €	0,72	4 470 567,57 €

Fonte: CHULN

Ao analisarmos a Tabela VII, conclui-se que, dentro do Hospital de Dia a Hemofilia consumiu 83% no ano 2021 e 87% no ano 2022 da atividade de Imuno-Hemoterapia.

Ao adicionarmos a atividade das consultas externas à atividade do Hospital de Dia denota-se que a Hemofilia absorveu entre 70% e 78%, nos anos 2022 e 2021 respetivamente, do total da atividade desenvolvida pela Imuno-Hemoterapia.

8.2.5. Custos por consulta e por sessão na especialidade de Imuno-Hemoterapia

De seguida, na Tabela VIII está patente o custo apurado por cada consulta e por cada sessão no Hospital de Dia no que à especialidade de Imuno-Hemoterapia diz respeito.

Tabela VIII – Custos por consulta e por sessão na especialidade de Imuno-Hemoterapia

	2021	2022	Variação	% Var.
Consultas Externas				
Total de consultas	31.847	28.797	-3.050	-9,58
Total de Gastos	896 333,34 €	3 244 750,86 €	2 348 417,52 €	262,00
Custo por sessão	28,14 €	112,68 €	84,53 €	300,34
Hospital Dia				
Total de sessões	12.459	12.901	442	3,55
Total de Gastos	13 190 036,47 €	14 061 355,55 €	871 319,08 €	6,61
Custo por sessão	1 058,68 €	1 089,94 €	31,27 €	2,95

Fonte: CHULN

Observando os valores da Tabela VIII concluímos que apesar de o número de consultas externas ter diminuído cerca de 9,58%, o total dos gastos aumentou bruscamente representando um acréscimo em valores absolutos de, aproximadamente, 2,4M euros. Em consequência, o custo por consulta externa aumentou cerca de 300% passando de 28,14 euros para 112,68 euros.

Relativamente à área de atividade do Hospital de Dia, através da análise à Tabela VIII é possível constatar de que o total de sessões aumentou sensivelmente 3,55%. O total de gastos também sofreu um acréscimo, em termos absolutos, na ordem dos 872 mil euros, aproximadamente. Por fim, constata-se que o custo por sessão aumentou ligeiramente do ano 2021 para 2022 no montante de 31,27 por sessão em valores absolutos.

9. Conclusões

Concluindo, a capitação é um meio de financiamento que parece estar a assumir uma especial relevância, em particular com a sua implementação em alguns países o que merece a necessária reflexão. É do consenso, que se um país quiser implementar uma política de controlo de custos com a transferência de risco financeiro para os prestadores, qualquer que seja a estrutura do serviço de saúde, o financiamento hospitalar tem de assentar num modelo prospetivo, baseado em pagamentos por capitação (Rice & Smith, 1999, 2001).

Com todos os factos já apurados até aqui, e todos os prós e contras de cada modelo de financiamento, considera-se que a proposta-modelo de financiamento para a doença em específico de Hemofilia deve contemplar o modelo de financiamento por capitação, ajustado através do risco, como forma de complemento ao sistema de financiamento por GDH que, no caso da Hemofilia é inexistente no Contrato-Programa atualmente em vigor no CHULN.

A proposta visa assegurar que, a partir de agora, o CHULN tenha a cobertura parcial ou total dos custos decorrentes do tratamento da Hemofilia e, conseqüentemente, dos serviços de Imuno-Hemoterapia.

Assim, considera-se que o Contrato-Programa deve contemplar na secção das Consultas Externas um preço unitário estabelecido para a especialidade de Imuno-Hemoterapia no montante de 112,00 euros por consulta.

Relativamente, ao preço unitário a estipular por cada sessão no Hospital de Dia na especialidade de Imuno-Hemoterapia, considera-se razoável que se estabeleça um montante de 1.089,00 euros (sensivelmente o triplo do que atualmente consta no Contrato-Programa em vigor).

No que diz respeito à doença Hemofilia considera-se importante que o Contrato-Programa venha contemplar, em particular, um preço unitário para cobrir os gastos associados a esta doença uma vez que a mesma consome cerca de 87% dos gastos da especialidade onde está inserida.

Assim, considera-se que o preço aceitável, de cada sessão no Hospital de Dia, no tratamento de um doente Hemofílico no CHULN seja de 947,00 euros (87% de 1.089,00 euros).

Referências Bibliográficas

- Aas, M. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy* 34, 205-220.
- Administração Central dos Sistemas de Saúde (2009). Unidades Locais de Saúde - Modalidade de Pagamento: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Lisboa.
- Antas, C., Santos, C., Romana, J. (2020). Custos na saúde: O caso das doenças raras. In: Silva, M., (Eds.) *Ética em Medicina*.
- Antioch, K., Walsh, M. (2002). Risk-adjusted capitation funding models for chronic disease in Australia: alternatives to casemix funding. *The European Journal of Health Economics* 3, 83-93.
- Associação Portuguesa de Hemofilia e de outras Coagulações Congénitas. O que é a Hemofilia? [Em linha]. Disponível em: <https://aphemofilia.pt/disturbios-hemorragicos/hemofilia/o-que-e/>. [Acesso em: 01/03/2023].
- Barnum H., Kutzin J., Saxenian H. (1995). Incentives and provider payment methods *International Journal of Health Planning and Management* (Jan-Mar) 10 (1), 23-45.
- Barros, P. (2009). *Economia da saúde conceitos e comportamentos*. 2ª ed. Coimbra: Edições Almedina.
- Barros PP., Gomes J.P. (2002). *Os sistemas nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. GANEC. Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, PP. (2017). *Economia da Saúde: Conceitos e comportamentos*. Almedina.

Bentes, M., Gonçalves, ML., Tranquada S., Urbano J. (1996). A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar* 33, 33-40.

Bentes, M. (1998). O financiamento dos hospitais. Lisboa: IGIF.

Café, A., Carvalho, M., Crato, M., Faria, M., Kjollerstrom, P., Oliveira, C., Pinto, P. R., Salvado, R., dos Santos, A. A., & Silva, C. (2019). Haemophilia A: Health and economic burden of a rare disease in Portugal. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-019-1175-5>

Candy, V., Whitworth, H., Grabell, J., Thibeault, L., Harpell, L., Bowman, M., Good, D., Hopman, W., Sidonio, R., Jr, James, P. (2018). A decrease and less sustained desmopressin response in Hemophilia A carriers contributes to bleeding. *Blood Advances* 2 (20), 2629-2636. Doi: 10.1182/bloodadvances.2018023713.

Carvalho, J. (2010). Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Tese de Mestrado.

Centers for Disease Control and Prevention (2023). What is Hemophilia? [Em Linha]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/hemophilia/facts.html>. [Acesso em 25/02/2023].

Chen, Y., Spencer, M., Cheng, J., Thornhill, T., Solari, P., & Sullivan, S. D. (2023). Health care costs and resource use of managing hemophilia A: A targeted literature review. In *JMCP.org* (Vol. 29, Issue 6).

Costa, C., Santana, R., Boto, P. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: Conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 7, 67-102.

Da Silva, R. (2015). Financiamento Hospitalar: Análise e Reflexão. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Tese de Mestrado.

Entidade Reguladora da Saúde (2015). Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. Porto

Hornbrook, M., Goodman, M. (1991). Health plan case mix: definition, measurement and use. In: Rosa, J.J., (Eds.) *Advances in health economics and health services research*. Greenwich, CT: Jai Press, 111-148.

Kutzin, J. (2000). *Towards Universal Health Care Coverage A Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. www.worldbank.org

Médici, A. (2002). Aspectos teóricos e conceitos do financiamento das políticas de saúde. In: Piola, S., Viana, S. (Eds.) *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 23-70.

Ministério da Saúde (2008). Modalidades de Financiamento nos Hospitais SPA e nos Hospitais EPE. Administração Central do Sistema de Saúde. [Em linha]. Disponível em: www.acss.min-saude.pt. [Acesso em 26-03-2023].

Mohammed, B.M., Metafonov, A., Ivanov, I., Sun, M., Cheng, Q., Dickeson, S., Li, C., Sun, D., Verhamme, I., Emsley, J., Gailani, D. (2018). An update on factor XI structure and function. *Thrombosis Research* 161, 94-105. Doi: 10.1016/j.thromres.2017.10.008.

Oliveira, M. D., Tavares, A. I., Vieira, A., Pacheco, M., Fernandes, A. C., Lourenço, A., Mateus, C., Paulino, E., Costa, H., Gonçalves, J., Perelman, J., Do, M., Machado, C., Zincke, R., Leite, R. B., & Herdeiro, V. (2022). *Sustainability and Resilience in the Portuguese Health System PORTUGAL Contributors to recommendations*. www.phssr.org

Perelman, J., Shumeli, A., Closon, M. (2008). Deriving a risk-adjustment formula for hospital financing: integrating the impact of socio-economic status on length of stay. *Social Science & Medicine* 66, 88-98.

Persson, U., Carlsson, Steen Carlsson K, Jönsson, B. *Alternative Payment Models in Haemophilia Treatment. IHE Report 2016:10, IHE:Lund.* www.ihe.se

Ramos, I. (2018). A realidade da Hemofilia em Portugal. *Infarmed Services Research*.

Rice, N., Smith, P. (1999). Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. *Centre for Health Economics University of York*.

Rice, N., Smith, P. (2001). Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report. *The Milbank quarterly* 79 (1), 81-113.

Rocha, P., Carvalho, M., Lopes, M., Araújo, F. (2015). Cost and utilization of treatment in patients with hemophilia. *BMC Health Services Research* 15.

Sakellarides, C., Reis V., Escoval A., Conceição C., Barbosa P. (2006). O Futuro do Sistema de Saúde Português "Saúde 2015". *Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade de Lisboa. Relatório*.

Santana, R. (2011). O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde. *Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública*.

Serrão, D., Abrantes, AV., Veloso, A., Oliveira, G., Moreira, JM., Delgado, M. & Dinis de Sousa, M. (1998). *Recomendações para uma reforma estrutural: reflexão sobre a saúde*. Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Lisboa.

Sousa, C. (2010). Tratamento e profilaxia da hemofilia na criança. *Dissertação*.

Vertrees, J.C. (1998). El uso de los grupos de diagnóstico relacionados como instrumento de financiación. In: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (Eds.) Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.

Witmer, C. & Young, G. (2012). Factor VIII inhibitors in hemophilia A: rationale and latest evidence. *Therapeutic Advances in Hematology* 4 (1), 59-72. Doi: 10.1177/2040620712464509.