

Rui Manuel Candeias Santana

*O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório*

Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade  
de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa

Universidade Nova de Lisboa  
Escola Nacional de Saúde Pública

- Lisboa, Julho de 2011 -

## - SUMÁRIO -

Com este Sumário pretende descrever-se os principais aspectos que fazem parte da Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa subordinada ao tema: “*O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório*”, discutida na Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública em 9 de Junho de 2011.

O objectivo central do projecto de investigação foi a definição de um modelo de financiamento por capitação ajustado pelo risco em contexto de prestação de cuidados de saúde verticalmente integrados. Para o efeito pretendeu-se recorrer particularmente a informação disponível relativa aos consumos de medicamentos como forma de medida *proxy* da morbilidade de ambulatório.

Para abordar este tema seguiu-se uma estrutura clássica onde foi elaborado um enquadramento teórico, descritos os objectivos gerais e específicos do estudo, detalhada a metodologia, seguiu-se a apresentação de resultados e por último efectuou-se uma discussão que incidiu sobre os aspectos metodológicos, resultados e as questões mais relevantes relacionadas com a problemática em perspectiva.

No enquadramento teórico descreveu-se o estado de arte do tema, tendo sido consideradas três matérias fundamentais: a integração vertical de cuidados de saúde; o financiamento de organizações de saúde com particular incidência para a unidade de pagamento capitação e o processo de ajustamento pelo risco e; a utilização do consumo de medicamentos como *proxy* da carga de doença em ambulatório.

Deste capítulo avulta fundamentalmente que a integração é uma resposta organizacional cada vez mais utilizada um pouco por todo o mundo, assente na reestruturação de oferta de cuidados onde uma unidade é responsável por todo o *continuum* de produção. A unidade de pagamento mais adequada para realidades integradas é a capitação, sendo o ajustamento pelo risco um processo estatístico essencial para alinhar os incentivos financeiros às características intrínsecas das populações para o consumo de recursos.

No nosso contexto, a recente criação de cinco novas ULS a nível nacional e a necessidade de definir um modelo de financiamento adequado para esta solução organizacional são motivos suficientes que justificam a importância do tema em estudo. A esta conjuntura acresce o facto de a partir de 2007 ser possível dispor de informação sobre os consumos de medicamentos em ambulatório em bases de dados informáticas, realidade que veio abrir um novo espaço de investigação na sua utilização como *proxy* de carga de doença.

Também em resultado da revisão de literatura se constatou que existiu nos últimos anos um crescente interesse no recurso a modelos de ajustamento pelo risco que recorrem a informação sobre os consumos de medicamentos, seja numa perspectiva de utilização individual ou como complementaridade face a modelos que utilizam os diagnósticos. As potencialidades destes modelos residem essencialmente na sua capacidade de estimação da carga de doença numa determinada população e enquanto instrumento capaz de prever custos ou utilização futura de cuidados de saúde.

Para operacionalização dos objectivos definidos utilizaram-se duas fases distintas em termos metodológicos: numa primeira fase foi adaptado e aplicado um modelo que permite captar a carga de doença em ambulatório através dos consumos em medicamentos e; na segunda fase do trabalho foram propostos e testados três modelos de financiamento por capitação ajustada pelo risco com particular ênfase para a utilização de informação proveniente da primeira fase (no que respeita à morbilidade de ambulatório).

Na primeira fase, para adaptação do modelo, foi necessário constituir uma equipa de peritos que permitiu efectuar as actividades relacionadas com a estruturação e classificação dos princípios activos dos medicamentos nas respectivas categorias crónicas definidas (mutuamente exclusivas), utilizando como base o modelo  $R_x$  definido por Maio *et al.* (2005). A partir destes trabalhos constituiu-se um modelo composto por 33 categorias crónicas traduzidas num algoritmo informático que permitiu a sua replicação nas bases de dados. Este modelo foi designado por  $PR_x$ , que refere a versão portuguesa do modelo  $R_x$ .

Para aplicação deste modelo utilizou-se a informação contida nas três bases de dados que incluem consumos de medicamentos em ambulatório no nosso país: a base de dados de prescrição, de facturação e de cedência hospitalar obrigatória. Estas fontes apresentam nomenclaturas e estruturas de informação distintas, tendo sido necessário uniformizar por via informática os registos contidos em cada uma delas. Foi obtida informação por prescrição média e por utente, sendo seleccionados apenas os indivíduos que consumiram mais do que três prescrições anuais de determinado medicamento cujo princípio activo se encontra associado a uma condição crónica.

Dada a indisponibilidade de informação numa base nacional, aplicou-se o algoritmo de codificação do  $PR_x$  numa região de saúde. A região Alentejo apresentou vantagens comparativas neste capítulo, tendo-se utilizado para o efeito a última informação disponível relativa aos exercícios de 2007 e 2008.

Os resultados alcançados permitem afirmar que cerca de 36 % da população da região em estudo apresentou pelo menos uma condição crónica, sendo as Doenças Cardiovasculares, a Diabetes, as Doenças Psiquiátricas, a Doença Renal Crónica, a Doença Ácida Gástrica e a Hiperlipidemia as mais prevalentes. Em termos financeiros,

existe uma concentração das patologias crónicas na região, pois 18% das categorias concentram 75% dos custos totais em medicamentos.

A discriminação por subgrupos indicou que a distribuição da carga de doença é distinta entre patologia e características demográficas, sendo que os custos em medicamentos mais significativos advêm não do valor médio de prescrição, mas da concentração de comorbilidades associadas a cada utente. A distribuição da carga de doença por concelho também apresentou uma concentração distinta, sendo a amplitude de variação mais saliente nas Doenças Cardiovasculares e Doença Renal Crónica.

Apesar de não ser possível garantir com exactidão qual o instrumento adequado para medir a carga de doença numa população, a estimação da taxa de prevalência de condições crónicas a partir do PR<sub>x</sub> mostrou ser uma alternativa válida à referência que hoje é mais frequentemente utilizada no nosso contexto, o Inquérito Nacional de Saúde. Quando foram comparados os resultados com outros estudos internacionais verificou-se igualmente que os valores apresentam uma ordem “expectável”. Apenas foram detectados problemas na categoria relativa às Doenças Reumáticas e Artrites, onde o PR<sub>x</sub> subestimou a prevalência quando comparado com outros instrumentos alternativos.

Foram desenvolvidos dois modelos de regressão linear (prescrição e utente) para aferir o nível de explicação de custos em consumos de medicamentos através do PR<sub>x</sub>. Retém-se o facto de ambos apresentarem um bom nível global de explicação ( $R^2$  de 0.45 e 0.42 respectivamente), ou seja, os consumos anteriores são bons preditores do que vai acontecer no futuro. Contudo, o modelo de explicação de custos totais por utente apresenta uma variabilidade significativa, observável nos valores alcançados pelas medidas MPE, MAPE e PR.

Na segunda fase do estudo, a definição e aplicação de um modelo de financiamento *per capita*, foram propostos e testados três modelos alternativos: o primeiro baseado numa regressão linear onde se considerou como variável dependente os custos totais *per capita* e variáveis independentes as identificadas como *proxies* de necessidades em saúde; o segundo modelo corresponde ao proposto no estudo de Costa, Santana e Boto (2008), onde foram utilizadas as mesmas variáveis utilizadas no primeiro modelo sendo os pesos relativos atribuídos através do juízo dos seus autores, correspondendo a uma proporção semelhante entre mortalidade e morbilidade e; um terceiro modelo que replicou a actual fórmula de financiamento prevista para as ULS no nosso país (que inclui variáveis explicativas de custos – regressores de despesa – e necessidades em saúde).

Sem pretensões de definir um modelo perfeito, foram consideradas as dimensões e respectivas variáveis de ajustamento que a revisão de literatura apontou como *proxies* de necessidades em saúde: a mortalidade, representada pelos AVPP, a morbilidade hospitalar traduzida pela complexidade e severidade da doença, a morbilidade de ambulatório pelos resultados obtidos a partir do PR<sub>x</sub>. Para cálculo destas variáveis

recorreu-se às últimas bases de dados disponíveis, da mortalidade (2002-2004) e dos resumos de alta hospitalar (2005-2007).

Os custos totais *per capita* foram obtidos a partir do somatório dos custos dos cuidados de saúde primários e hospitalares por concelho (ano de 2007). Neste particular destaca-se a utilização de uma metodologia de imputação de custos alternativa face à actual contabilidade analítica no que respeita especificamente à componente de internamento hospitalar (baseada na duração de internamento dos episódios).

Dos resultados apurados verificou-se que existe uma diferença substancial entre a anterior metodologia de cálculo da morbilidade de ambulatório e o PR<sub>x</sub>. Este último apresenta vantagens significativas como a capacidade de identificar com maior rigor os doentes crónicos e dirigir-se essencialmente ao sistema corporal dos utentes, contrariamente ao que sucedia com a metodologia anterior baseada nos produtos (medicamentos) organizados segundo uma lógica fármaco-terapêutica.

Após a realização das simulações de financiamento, concluiu-se que particularmente para a região Alentejo é possível conciliar as duas filosofias inerentes ao ajustamento pelo risco, os custos e as necessidades em saúde, visto que os valores globais a distribuir por concelho são próximos. Para além desta similaridade genérica, observou-se também que os modelos de financiamento apresentaram alguma concordância (45%) na identificação dos concelhos no quartil 75, o mesmo não sucedendo nos outros quartis.

Apesar do modelo explicativo de custos (modelo 1) ser estatisticamente significativo, foram eliminadas as dimensões relativas à morbilidade hospitalar, complexidade e severidade. A evidência científica associada a estas duas variáveis e seus sistemas de classificação de doentes associados (GDHs e Disease Staging) recomendam que efectivamente não deixem de ser considerados enquanto factores de ajustamento pelo risco.

Perante estes resultados e tendo-se verificado que a principal diferença reside nos valores *per capita* apurados, ressalta neste contexto como critério de selecção do modelo mais adequado a importância dos incentivos criados pelo pagador. Eliminando à partida o actual modelo de financiamento da ACSS pelo facto de não considerar a morbilidade de ambulatório como factor de ajustamento, optou-se por seleccionar o modelo empírico que reflecte as necessidades em saúde como o mais adequado para a região Alentejo, pois é aquele onde existe maior evidência estatística e simultaneamente garante incentivos dirigidos à prossecução dos objectivos fundamentais a sistemas integrados de prestação de cuidados de saúde.

Por último, foram também discutidos alguns assuntos de natureza estrutural que poderão contribuir para uma melhoria do sistema de financiamento de organizações de saúde em Portugal. Foram abordados temas como a necessária separação financiador/prestador, a estratégia de desenvolvimento dos modelos de financiamento, a

retrospectividade do sistema (valores de convergência), as unidades de pagamento, o desenvolvimento de estruturas de informação de base e a determinação de preços e metodologias de custeio no nosso país.

O presente estudo encontrou um conjunto de limitações metodológicas que importa ter em consideração na elaboração do presente sumário. Nomeadamente destaca-se a este nível a disponibilidade de informação para aplicação do modelo em causa, sobretudo: pelo facto dos dados de prescrição de medicamentos resultarem ainda de uma base de dados informática com pouco tempo de actividade (apenas dois anos); a falta de compreensividade das bases de dados (nenhuma capta todo o processo de prescrição, dispensa e consumo de medicamentos), seu espartilho (separadas com ficheiros distintos) e falta de uniformização (diferentes estruturas); pelos problemas associados à identificação dos utentes e; a fraca capacidade das actuais metodologias utilizadas para determinar custos.

Este trabalho constitui apenas um começo para o tratamento da morbilidade de ambulatório para fins de ajustamento pelo risco no nosso país. Outras linhas de investigação poderão no futuro complementar este estudo, como o cruzamento de informação com os diagnósticos ou com informação relativa aos custos totais por utente ou utilização hospitalar. O teste comparativo de modelos mais reconhecidos a nível internacional no nosso país poderá ainda ser outra etapa de desenvolvimento do conhecimento associado a esta temática.

Espera-se que este trabalho seja um pequeno contributo para disponibilizar um instrumento que pode apresentar faculdades significativas nas mais diversas áreas da gestão de organizações de saúde, destacando-se particularmente o seu concurso para o financiamento de unidades verticalmente integradas através da criação de um correcto conjunto de incentivos tendentes à prossecução dos objectivos fundamentais do sistema de saúde.