

Programa Especial de Combate à Lista de Espera para Consulta de Cardiologia: Relato de uma Experiência Inovadora [104]

GONÇALO PROENÇA, DANIEL FERREIRA, ANTÓNIO FREITAS, FRANCISCO MADEIRA,
ANA OLIVEIRA SOARES, RAFAEL FERREIRA

Serviço de Cardiologia, Hospital Amadora-Sintra, Amadora, Portugal

Rev Port Cardiol 2003;22 (11):1335-1342

RESUMO

O problema das listas de espera tem vindo a ser largamente debatido na sociedade Portuguesa. Em Março 2000, os autores iniciaram um programa de consultadoria cardiológica, em estreita colaboração com centros de saúde da área do hospital, com o objectivo de, ajudando médicos de família no estabelecimento de prioridades clínicas (prioridades), melhorar a referenciação e assim reduzir a lista de espera para consulta de cardiologia. Os primeiros resultados mostram que, até Dezembro 2002, esta estratégia permitiu reduzir o número de pedidos de consulta em 77,9%. Foi assim possível, pela primeira vez equilibrar o número de pedidos com os tempos de consulta disponíveis, travando-se o crescimento da lista de espera.

Palavras-Chave

Lista de espera; Referência hospitalar; Consultadoria

ABSTRACT

Special Program to Reduce Cardiology Consultation Waiting Lists: Report on an innovatory experience

The problem of waiting lists has been widely debated in the Portuguese society. In this paper, the authors report the first results of a prioritization approach, started in March 2000. In this program cardiologists and general practitioners work in close proximity, coordinating efforts in order to improve the establishment of clinical priorities, and consequently optimize hospital referral. Working as cardiology consultants, the authors were able to reduce the number of first consultation requests by 77.9% (December 2002). For the first time it was possible to match the number of requests with the available consultation times, halting the growth of the waiting list.

Key words

Waiting list; Hospital referral; Consultant

INTRODUÇÃO

O problema da existência de listas de espera, em especial para a realização de cirurgias, tem vindo a ser largamente debatido na sociedade Portuguesa. Listas de espera e tempos de espera são considerados indicadores da acessibilidade aos cuidados de saúde e de efectividade dos sistemas de saúde, o que explica que a sua resolução seja eleita como objectivo político prioritário⁽¹⁾. Na prossecução deste objectivo, o actual Governo criou e lançou o PECLEC (Programa Especial de Com-

INTRODUCTION

The problem of waiting lists, particularly for surgery, has been widely debated in Portuguese society. Waiting lists and waiting times are considered indicators of accessibility to health care and of the efficiency of health systems, which is why resolving these problems has become a primary political objective⁽¹⁾. In pursuit of this objective, the present Portuguese government has set up a special program to reduce surgical waiting lists (PE-CLEC), which it hopes within the space of two

bate às Listas de Espera Cirúrgicas) com que pretende «eliminar», no prazo de dois anos, a lista de 123 166 doentes que, em Junho 2002, aguardavam chamada para intervenção cirúrgica nos vários hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Mas, e quanto a listas de espera para consulta de especialidade médica? Apesar da lei sobre listas de espera (Lei n.º 27/99 de 3 de Maio) determinar a apresentação de um relatório de dois em dois meses, quantos doentes aguardam, por vezes há anos (muitas vezes com situações médicas de gravidade substancialmente superior a qualquer uma das 68 patologias abrangidas pelo PECLEC), a possibilidade de serem consultados por médico especialista? Que programas, ou incentivos, foram até agora lançados para tentar resolver este problema?

A resolução de uma questão sensível como esta obriga, em primeiro lugar, a alguma reflexão sobre os factores que estão na sua origem. Reduzindo esta questão, complexa e multifactorial, à sua forma mais simples e impessoal, listas de espera são uma consequência de um desequilíbrio entre oferta e procura. Do lado da procura temos, em primeiro lugar, todos os doentes que, a pedido do seu médico de família, são referenciados, por carta, para consultas hospitalares. Intervêm a este nível factores dificilmente previsíveis como expectativas de utentes e padrões de referência dos clínicos gerais aos hospitais⁽²⁾. Seguem-se os pedidos oriundos da urgência do Hospital e dos próprios serviços. Quanto à oferta, ela é representada pelo número de primeiras consultas que é possível realizar em determinado espaço de tempo o que, por sua vez, é condicionado principalmente pela dimensão dos quadros hospitalares, pelos horários de pessoal médico, de enfermagem, administrativo e por outros aspectos de natureza organizativa e de eficiência hospitalar.

Mantendo-nos num registo contabilístico, o reequilíbrio desta balança pode ser tentado, tanto reduzindo a «procura», como aumentando a «oferta». Sabendo-se da exiguidade de muitos quadros hospitalares, da morosidade da modificação dos mesmos, e da dificuldade em mobilizar recursos materiais e financeiros, parece mais fácil que a actuação comece pelo lado da «procura». Uma palavra de cautela deve ser pronunciada alertando para o perigo do recurso a «programas de choque». Estes,

years will eliminate the list of 123,166 patients who, in June 2002, were awaiting surgery in the various hospitals of the National Health Service.

But what about the waiting lists for consultations in medical specialties? Despite the law on waiting lists (Law No. 27/99 of May 3, 1999), which stipulated the presentation of bi-monthly reports, how many patients, often with far more serious medical conditions than any of the 68 diseases covered by PECLEC, are waiting (and have been for years in some cases) to be seen by a specialist? What programs or incentives have been established in an attempt to solve this problem?

Any resolution of this sensitive issue must start by considering the factors that give rise to such a situation. If this complex and multifactorial question is reduced to its most simple and impersonal form, waiting lists are the result of an imbalance between supply and demand. On the demand side, first of all, are all the patients who, at the request of their family doctor, are referred by letter for hospital appointments. At this level, several factors are involved that are difficult to predict, such as the patient's expectations and the referral patterns of general practitioners to hospitals⁽²⁾. There are then requests from a hospital's own emergency and other departments. As for supply, this corresponds to the number of first consultations that it is possible to offer within any given time period, which in turn is governed mainly by the size of hospital departments, the working hours of medical, nursing and administrative staff, and other aspects related to hospital management and efficiency.

Staying with the language of economics, attempts can be made to redress this imbalance by reducing demand and/or increasing supply. Given the limited resources of many hospital departments, their slow rate of change, and the difficulty in obtaining additional material and financial resources, it would appear easier to begin with the demand side. A word of caution should be expressed here concerning the danger of resorting to "shock programs". Such initiatives, which mobilize considerable human and financial resources (when such resources are very limited), can lead, paradoxically, to an effective reduction in productivity and the build-up of new waiting lists⁽¹⁾. In a universal health care system funded by the state, the ob-

mobilizando grandes meios humanos e financeiros (num contexto de recursos muito limitados) podem, paradoxalmente, implicar uma redução efectiva da produtividade com formação de novas listas de espera⁽¹⁾. Num sistema de saúde universal e financiado pelo orçamento de estado não deve ser fixado como objectivo a «eliminação» das listas de espera. Isso implicaria a existência de uma verdadeira corte de profissionais em regime de prevenção, à espera dos doentes, com o conseqüente aumento de custos e perda de produtividade.

Tendo pleno conhecimento desta realidade, o Serviço de Cardiologia do Hospital Fernando Fonseca deu início, em Março 2000, a um programa de consultadoria cardiológica, em estreita cooperação com centros de saúde da área de influência do hospital. O objectivo foi o de, ajudando médicos de família na avaliação das situações e no estabelecimento de prioridades clínicas (selecção e prioridade), melhorar a referenciação e, assim, reduzir a lista de espera para consulta de cardiologia. Por analogia ao programa concebido para as listas de espera cirúrgicas, resolvemos designar o nosso programa, no momento de apresentação pública dos primeiros resultados, de Programa Especial de Combate à Lista de Espera para Consulta de Cardiologia (PECCLECC).

MÉTODOS

O método seguido foi o da promoção de reuniões mensais (ao início da tarde) com os colegas médicos de família (MF). Desde o primeiro momento consideramos fundamental a personalização do contacto, pelo que cada cardiologista assumiu a responsabilidade por um, ou no máximo dois, centros de saúde aos quais se desloca com periodicidade mensal. Nessa reunião são apresentados e discutidos casos clínicos que os médicos de família considerem susceptíveis de referenciação hospitalar, cabendo ao cardiologista decidir, no imediato, por uma de três estratégias possíveis:

1. Considerar o caso «resolvido» com ou sem ajuste terapêutico após discussão com MF;
2. Solicitar ao MF o pedido de «mais exames complementares» para melhor esclarecimento e posterior decisão;
3. Referenciação hospitalar, assumindo neste caso o cardiologista a responsabilidade de, no mais curto espaço de tempo, marcar a consulta e chamar o doente.

jective should not be the complete elimination of waiting lists, since this would require a large number of professionals on call, with a consequent increase in costs and loss of productivity.

With this in mind, the Cardiology Department of Fernando Fonseca Hospital launched a cardiology consultancy program in March 2000, in close cooperation with health centers in the area covered by the hospital. Its aim was to help family doctors to assess situations and establish clinical priorities (selection and prioritization), thus improving the referral system and reducing the waiting list for cardiology appointments. By analogy with the program designed for surgical waiting lists, we decided, at the time the first results were presented to the public, to call our program the Special Program to Reduce Cardiology Consultation Waiting Lists (PECCLECC).

METHODS

The method adopted was to organize monthly meetings (in the early afternoon) with general practitioners (GPs). From the outset, we thought it was essential to personalize contacts, and accordingly each cardiologist took responsibility for one, or at most two, health centers. At the meetings, clinical cases which the general practitioner considers as possible hospital referrals, are presented and discussed. The cardiologist decides on the spot between 3 options:

1. To consider the case resolved, with or without modification of therapy after discussion with the GP;
2. To ask the GP to request further diagnostic exams to clarify the situation for later decision;
3. To make a hospital referral, with the cardiologist taking responsibility for making the appointment and calling in the patient as early as possible.

At the beginning, only two health centers (Queluz and Venda Nova) were included. Given the positive response the initiative received from most GPs, the program was extended in 2001 to the health centers at Rio de Mouro, Cacém and Reboleira, and in 2002, to Amadora. By the end of 2002 five cardiologists were involved.

No início foram abrangidos apenas dois centros de saúde (Queluz e Venda Nova). Dada a boa receptividade da generalidade dos MF, este programa foi alargado em 2001 aos centros de saúde de Rio de Mouro, Cacém e Reboleira e, já em 2002, também à Amadora. No final 2002 estavam envolvidos cinco cardiologistas.

RESULTADOS

Foram discutidos, até Dezembro 2002, 1074 casos clínicos. Destes, 587 (54,8%) eram referentes a doentes do sexo masculino e 484 (45,2%) a doentes do sexo feminino. A idade média era de $61 \pm 15,4$ anos.

Quanto à decisão tomada pelo cardiologista verificou-se:

1. Caso resolvido: 62,1% (665 doentes);
2. Pedidos mais exames complementares: 15,3% (164 doentes);
3. Referenciado à consulta: 22,6% (242 doentes).

Apresentando os resultados de uma outra forma, podemos dizer que a intervenção do cardiologista permitiu evitar, no imediato, a referência de 77,4% ($62,1 + 15,3$ %) dos casos clínicos discutidos.

Analisando com maior detalhe o grupo de doentes que foi referenciado à consulta externa do hospital verifica-se:

- a. Distribuição por sexos: 60,1% (145) sexo masculino; 39,9% (97) sexo feminino;
- b. Idade: $60,8 \pm 15$ anos;
- c. Tempo de espera para consulta: $30,1 \pm 26,5$ dias;
- d. Motivo da referência:
 - a) Cardiopatia isquémica (43,8%);
 - b) Arritmias (19,1%);
 - c) Insuficiência cardíaca (11,5%);
 - d) Valvulopatias (9,0%);
 - e) HTA refractária (4,6%);
 - f) Síncope e cardiopatia congénita do adulto (3,7%);
 - g) Patologia da aorta e esclarecimento de sopros (1,7%);
 - m) Outros (1,2%).

Analisamos finalmente o impacto deste programa no número de primeiras consultas, pedi-

RESULTS

By December 2002, 1074 clinical cases had been discussed, of which 587 (54.8%) related to male patients and 484 (45.2%) female, with a mean age of 61 ± 15.4 years.

The results of the decisions taken by the cardiologists were as follows:

1. Cases resolved: 62.1% (665 patients);
2. Requests for further diagnostic exams: 15.3% (164 patients);
3. Referrals for consultation: 22.6% (242 patients).

This means that the cardiologists' intervention avoided the immediate referral of 77.4% ($62.1 + 15.3$ %) of the clinical cases discussed.

Analyzing in more detail the group of patients who were referred for out-patient hospital consultation, the following situation was found:

- a. Distribution by gender: 60.1% (145) male; 39.9% (97) female;
- b. Age: 60.8 ± 15 years;
- c. Waiting time for consultation: 30.1 ± 26.5 days;
- d. Reason for referral:
 - a) Ischemic heart disease (43.8%);
 - b) Arrhythmia (19.1%);
 - c) Heart failure (11.5%);
 - d) Valve disease (9.0%);
 - e) Refractory hypertension (4.6%);
 - f) Syncope and adult congenital heart disease (3.7%);
 - g) Aortic disease and investigation of murmurs (1.7%);
 - h) Other (1.2%).

Finally, we analyzed the program's impact on the number of first consultations requested in the usual way (referral form sent to the hospital) by the health centers involved (*Fig. 1 and Table I*).

DISCUSSION

The build-up of waiting lists for health care is a complicated problem involving many factors. Among the most important are an aging population, operational bottlenecks, the limited working hours of services, variable individual performance, uneven distribution of resources, limited involvement of physicians in management, and inadequate links between services and different levels of care⁽²⁾. The results pre-

Quadro 1

Varição do número de pedidos de novas consultas 1999-2002

	Rio de Mouro	Cacém	Queluz	Amadora	Reboleira	Venda Nova	Total
1999	109	256	153	171	152	191	1032
2002	22	82	2	64	26	32	228
Varição %	-79,8	-67,9	-98,7	-62,5	-82,9	-83,2	-77,9

p<0,0001

Table 1

Numbers of first consultation requests 1999-2002

	Rio de Mouro	Cacém	Queluz	Amadora	Reboleira	Venda Nova	Total
1999	109	256	153	171	152	191	1032
2002	22	82	2	64	26	32	228
Variation %	-79.8	-67.9	-98.7	-62.5	-82.9	-83.2	-77.9

p<0.0001

das pela via habitual (envio de credencial para o hospital), pelos centros de saúde envolvidos (Quadro I e Fig. 1).

DISCUSSÃO

A formação de listas de espera para acesso aos serviços de saúde é um problema complexo e de origem multifactorial. Apontam-se como factores mais importantes o envelhecimento da população, estrangulamentos de natureza funcional, os horários limitados do funcionamento dos serviços, a irregularidade do desempenho individual dos vários intervenientes, a distribuição irregular dos recursos, o envolvimento limitado dos médicos na gestão e a deficiente articulação entre serviços e os vários níveis de cuidados ⁽²⁾. Os resultados apresentados de-

sented clearly show how, by simple, inexpensive means that do not interfere significantly with the functioning of services but do improve the links between them, it is possible to avoid, at the point of origin, the formation and growth of waiting lists for cardiology consultations. By way of example, the average waiting time achieved in many cases through our program fulfilled the objectives defined by the Spanish law governing specialist health services in Castilla la Mancha (December 2002) for the maximum waiting time to be achieved in 2004 and 2005 ⁽³⁾ (Table II).

We feel that this strategy has positive results for all concerned. It gives the cardiologists a better understanding of the reality of primary health care, especially the problems and main difficulties experienced in this area,

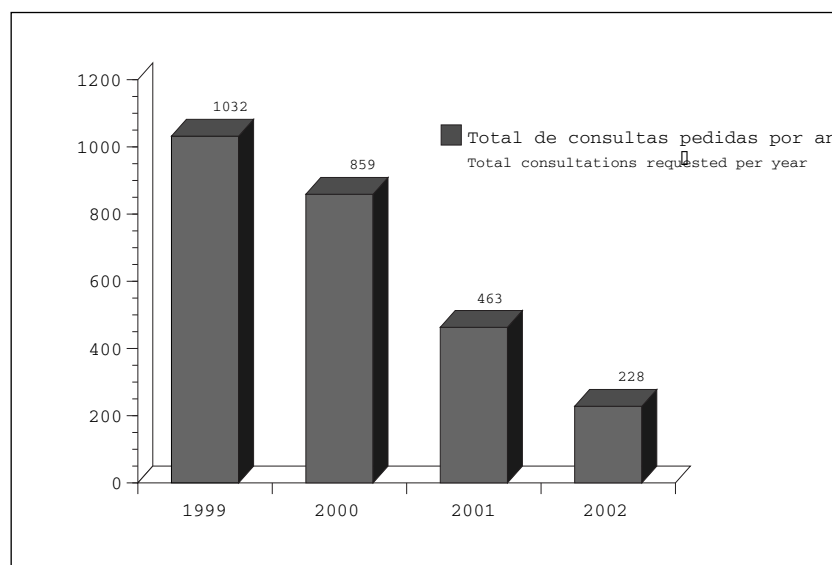


Fig. 1 Total de consultas pedidas por ano.

Fig. 1 Total consultation requested per year.

monstram claramente como, de uma forma simples, não dispendiosa, que não interfere significativamente com o funcionamento dos serviços mas melhora a sua articulação, é possível evitar, na origem, a formação e crescimento de listas de espera para consulta de cardiologia. A título de exemplo, o tempo médio de espera alcançado cumpriu, em muitos casos, os objectivos definidos na lei espanhola (Lei Castilla la Mancha, Dezembro 2002) para o tempo máximo de espera para atendimento especializado a alcançar em 2004 e 2005⁽³⁾ (Quadro 2).

É nosso entendimento que este tipo de estratégia é positivo para todos os elementos envolvidos. Para o cardiologista porque lhe permite um melhor conhecimento da realidade dos cuidados de saúde primários, dos seus problemas e principais dificuldades aí vividas, contribuindo activamente para a resolução de algumas delas. Para o médico de família, que assim pode contar com ajuda especializada *in loco*, sendo as reuniões momentos preciosos de actualização de conhecimentos, aplicáveis a outros doentes. A personalização do contacto permite ainda que o médico de família passe a dispor de uma via de contacto privilegiado («um rosto conhecido») com o serviço de cardiologia, de grande utilidade na resolução de problemas que surgem pontualmente em consulta e que necessitam de resolução/orientação imediata. O contacto regular entre cardiologista e clínico geral permite ainda que este

and enables them to actively contribute to solving some of them. Family doctors benefit from on-the-spot specialist advice, the monthly meetings being a valuable opportunity for them to update their knowledge, which can then be applied to other patients. This contact also provides the family doctor with a personal channel of communication with cardiology departments, a familiar face, which is extremely useful in solving problems that crop up during consultations and which require immediate resolution or guidance. Regular contact between the cardiologist and the general practitioner also enables the latter to follow the progress of their patients in hospital. For the patients, the most important element and the reason for the whole program, this approach not only ensures that the most serious cases actually receive priority attention, but it also avoids unnecessary referrals.

Finally, there are also the gains to be made for an under-funded Treasury. By ensuring better links between health centers and hospitals, which should be seen as complementary components in a continuum of health care rather than as independent and totally separate units, much wastage of resources can be avoided. Examples of such waste are diagnostic exams that are not particularly useful or which have to be repeated because results are no longer valid by the time of the consultation, therapy that may be suboptimal, lost working hours, and unnecessary time off work for patients,

Quadro 2

Ley de garantías en la atención sanitaria especializada de Castilla la Mancha. Ley 24/2002 de 5 de Diciembre (D.O.C.M. N.º 157)

Tiempos máximos de espera

	Objectivo a 31/12/2002	Objectivo a 31/12/2003	Objectivo a 31/12/2004	Objectivo a 31/12/2005
Cirugía Programada	180 dias	150 dias	120 dias	90 dias
Consultas Externas	60 dias	40 dias	25 dias	15 dias
Pruebas diagnósticas	30 dias	20 dias	15 dias	7 dias

Table 2

Law governing specialist health care services in Castilla la Mancha, Spain. Law 24/2002 of 5 December (D.O.C.M. N.º 157)

Maximum waiting time

	Objective at 31/12/2002	Objective at 31/12/2003	Objective at 31/12/2004	Objective at 31/12/2005
Programmed surgery	180 days	150 days	120 days	90 days
Outpatient consultation	60 days	40 days	25 days	15 days
Diagnostic exams	30 days	20 days	15 days	7 days

acompanhe a evolução do seu doente em meio hospitalar. Para o doente, elemento fundamental e para quem todo este programa se dirige, porque, desta forma, não só se assegura que os casos mais graves têm efectivamente atendimento prioritário, como se evitam referências desnecessárias. Finalmente, há ainda ganhos a contabilizar para o tão debilitado erário público. Garantindo uma melhor articulação entre centros de saúde e hospital, que devem ser vistos como elementos complementares de um *continuum* de cuidados e não como realidades estanques e independentes, evitam-se múltiplos desperdícios. A título de exemplo referem-se desperdícios em exames complementares (evitando a realização de exames de menor utilidade ou a repetição dos mesmos por perda de validade enquanto se aguarda a consulta), na terapêutica (que se otimiza), em horas de trabalho perdidas, em «baixas» desnecessárias, entre outros. Está amplamente demonstrado que a simples afectação de mais recursos financeiros, sem o correspondente acréscimo de coordenação e organização, não se traduz em redução de listas de espera^(4, 5). Este tipo de intervenção, na origem, parece-nos ainda particularmente importante pois, ao modificar os padrões de referência, contribui para evitar o efeito *rebound* que muitas vezes se segue a uma experiência bem sucedida. Afigura-se-nos também um tipo de estratégia que, preservando recursos financeiros, não põe em causa investimentos em áreas indispensáveis ao bom equilíbrio e sustentabilidade de todo o sistema⁽⁶⁾.

Já em 2003 foi possível alargar este programa a todos os centros de saúde da área do Hospital. Temos assim fundadas esperanças de que estes resultados virão ainda a ser melhorados.

CONCLUSÕES

No final de quase três anos de actividade é possível concluir que o programa de consultoria cardiológica permitiu reduzir muito significativamente o número de doentes referenciados para consulta externa de cardiologia. Pela primeira vez, neste hospital, foi possível equilibrar os pedidos com os tempos de consulta disponíveis, travando-se o crescimento da lista de espera. Apesar de não dispormos de dados que permitam uma comparação estatisticamente correcta, é possível afirmar que o tempo de espera para consulta também se reduziu de modo muito notório.

among others. It has been clearly demonstrated that simply allocating more financial resources, without corresponding improvements in coordination and organization, does not lead to a reduction in waiting lists^(4, 5). The type of intervention we have described, at the point of origin, also seems particularly advantageous, since by changing referral patterns, it helps to avoid the rebound effect so often associated with a successful experiment. It also seems to us that this strategy, by saving financial resources, does not jeopardize investments in areas essential to the equilibrium and sustainability of the whole system⁽⁶⁾.

In 2003 it has been possible to extend this program to all the health centers within the area covered by the hospital. We are therefore hopeful that the results will be even better in the future.

CONCLUSION

After almost three years in operation, it can be concluded that the cardiology consultancy program has enabled the number of patients referred for external cardiology consultation to be reduced significantly. For the first time in our hospital, it was possible to match the number of requests with available consultation periods, halting the growth of the waiting list. Although we do not have data available to make statistically valid comparisons, we can state that the waiting time for consultations was also reduced to a considerable extent.

ACKNOWLEDGEMENTS

A word of thanks to all the family doctors, whose committed and enthusiastic participation in this initiative was crucial to its success. From the outset they showed a remarkable team spirit, an essential component in achieving the desired complementarity between the efforts of hospitals and primary health care providers.

We also thank Prof. Constantino Sakellariades for his valuable help with the bibliographical references.

AGRADECIMENTO

Uma palavra de agradecimento a todos os colegas médicos de família que, participando de forma assídua e interessada nesta iniciativa, contribuíram de forma decisiva para o seu sucesso. Manifestaram desde o primeiro momento um notório espírito de equipa, indispensável para que a desejada complementaridade de esforços entre hospital e cuidados de saúde primários se tornasse realidade.

Agradecemos também ao Prof. Constantino Sakellarides a preciosa ajuda na obtenção de bibliografia.

Pedido de separatas:

Address for reprints:

GONÇALO PROENÇA

Serviço de Cardiologia - Piso 4 (Torre Amadora)

Hospital Amadora-Sintra

IC 19

2720-276 Amadora

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. Relatório de Primavera de 2003. Saúde: que rupturas? Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2003;22-7.

2. Boas práticas na gestão de lista e tempos de espera. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Versão Junho 2003.

3. Ley de garantías en la atención sanitaria especializada de Castilla la Mancha. Ley 24/2002 de 5 de Diciembre (D.O.C.M. n.º 157).

4. Sanmartin C, Shortt S, Barer M, Sheps S, Lewis S, McDonald P. Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. CMAJ 2000;162(9):1035-10.

5. Lewis S, Barer LM, Sanmartin C, Sheps S, Short SED, McDonald PW. Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. CMAJ 2000;162(9).

6. Ford S. Waiting lists bounce back over million. Friday, June 06 2003. <http://www.health-news.co.uk/showstory.asp?id=113103>