



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Vantagens da Transposição de cirurgias em regime de internamento para cirurgias em regime de ambulatório no sector privado

Rui Miguel Benfeitas de Matos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Felipa Lopes dos Reis

Covilhã, Outubro de 2011

Dedicatória

O sonho

Pelo Sonho é que vamos,
comovidos e mudos.
Chegamos? Não chegamos?
Haja ou não haja frutos,
pelo sonho é que vamos.

Basta a fé no que temos,
Basta a esperança naquilo
que talvez não teremos.
Basta que a alma demos,
com a mesma alegria,
ao que desconhecemos
e do que é do dia-a-dia.

Chegamos? Não chegamos?

- Partimos. Vamos. Somos.

Pelo Sonho é que Vamos

Sebastião da Gama
(1924-1952)

Ao meu filho Afonso, à minha mulher Etelvina e
aos meus falecidos pais.

Agradecimentos

À Professora Doutora Felipa Lopes dos Reis por ter aceitado a orientação deste trabalho, pelo seu incentivo constante, pelo apoio científico, pela análise de soluções alternativas e pela indicação de caminhos adequados à realização deste trabalho.

À minha mulher e ao meu filho pela compreensão e paciência que tiveram durante todo este percurso.

Resumo

Este trabalho insere-se no âmbito de redução de custos no pagamento aos hospitais privados portugueses. Como gestores devemos promover a eficiência produtiva dos hospitais criando incentivos que levem os diferentes prestadores de cuidados de saúde destas instituições a minimizar os custos e a manter, simultaneamente um determinado padrão de qualidade.

O enorme sucesso das cirurgias efectuadas em regime de ambulatório no sector público foi o impulsionador para a realização deste trabalho.

O trabalho tem como objectivo verificar se a produção hospitalar nos hospitais privados em regime de ambulatório é mais benéfica ao nível dos custos e sem prejuízo da qualidade. São abordados os custos inerentes ao pagamento de cirurgias efectuadas em internamento que poderiam fazer parte de custos de cirurgias realizadas em ambulatório.

Palavras-chave

Redução de custos, cirurgias em regime de ambulatório, grupos de diagnóstico homogéneos, financiamento hospitalar e qualidade hospitalar.

Abstract

This work falls within the scope of cost reduction in payments to private hospitals in Portugal. As managers we must promote the productive efficiency of hospitals by creating incentives for the various providers of health care these institutions to minimize costs and maintain both a certain quality standard.

The enormous success of the surgeries performed on an outpatient basis in the public sector was the catalyst for this work.

The work aims to verify if the production at private hospitals in the hospital outpatient setting is more beneficial in terms of costs and without quality loss. Are addressed in the payment of costs incurred in inpatient surgeries that could be part of the costs of surgeries performed in outpatient clinics.

Keywords

Cost reduction, as an outpatient surgery, Diagnosis Related Groups, Hospital financing and Quality

Índice

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Justificação e importância do tema.....	1
1.2. Objectivos da investigação	6
 CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA	8
2.1 O mercado de saúde	8
2.1.1 Introdução.....	8
2.1.2 A afectação dos recursos.....	9
2.1.3 A procura e a oferta de saúde e dos mercados de saúde	9
3.1 Sistema de saúde.....	12
3.1.1 Introdução.....	12
3.1.2 A descrição do sistema de saúde português.....	12
3.1.3 A evolução do sistema português	13
3.1.3.1 O sistema de saúde português antes de 1970	14
3.1.3.2 Estabelecimento e Expansão do Serviço Nacional de saúde (1971-1985)	15
3.1.3.3 Estabelecimento e Expansão do Serviço Nacional de saúde (1971-1985)	16
3.1.3.4 Regionalização do SNS e o novo papel para o sector privado (1985-1995).....	17
3.1.3.5 A “nova gestão pública” para a reforma do SNS (1995-2001)	17
3.1.3.6 De 2002 até aos tempos actuais	19
4.1 O financiamento hospitalar	20
4.1.1 Introdução.....	20
4.1.2 O financiamento em Portugal	22
4.1.3 As modalidades de pagamento aos hospitais	25
4.1.4 Do pagamento retrospectivo ao financiamento prospectivo	26
5.1. O produto hospitalar e os grupos de diagnósticos homogéneos.....	29
5.1.1 Enquadramento	29
5.1.2 A implementação dos GDH	31
5.1.3 A história dos GDH	31
5.1.4 Os grupos de diagnóstico em Portugal	37

5.1.5 Os GDH em ambulatório	41
5.1.6 Conclusão.....	42
6.1. Cirurgia em regime de ambulatório	44
6.1.1 Introdução	44
6.1.2 Vantagens da cirurgia em regime de ambulatório	46
6.1.3 Cirurgia de ambulatório em Portugal	50
6.1.4 Utilização da cirurgia no regime de ambulatório nos subsistemas de saúde	59
7.1 O sector privado na saúde.....	60
7.1.1 Introdução	63
7.1.2 A oferta pública versus a oferta privada	63
7.1.3 Enquadramento dos seguros privados	64
8.1. Qualidade nos serviços de saúde	68
8.1.1 Introdução	68
8.1.2 Entidade reguladora da saúde.....	70
8.1.3 Licenciamento das entidades privadas de saúde	71
 CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	 74
3.1 Tipo de estudo.....	74
3.2. Contexto organizacional da investigação	76
3.3 Fonte de dados e conjecturas	77
3.4 Variáveis e hipóteses em estudo.....	79
 CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	 79
4.1 Análise quantitativa.....	80
4.2. Hipóteses do estudo: teste e análise.....	82
4.3 Conclusões do estudo.....	85
 CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	 86
5.1 Discussão dos resultados, sugestões para outra pesquisa, perspectiva futura e limitações do estudo.....	86
5.2 Principais asserções	87
5.3 Conclusões	87

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Índice de Quadros

Quadro 1- Grandes categorias de diagnósticos	34
Quadro 2- Evolução da despesa com a saúde em % do PIB, em Portugal ,EU 15 e OCDE.....	43
Quadro 2- Ranking dos países por cirurgia de ambulatório %	48
Quadro 3- Intervenções cirúrgicas que poderão ser efectuadas em ambulatório	49
Quadro 4- Evolução da % CA no total de cirurgias	50
Quadro 5- Hernioplastia realizada em regime de ambulatório % em vários países durante o ano de 2005	51
Quadro 6- Cataratas realizadas em regime de ambulatório % em vários países durante o ano de 2005.....	52
Quadro 7- Número de GDH cirúrgicos em preço de ambulatório	53
Quadro 8- Doentes operados	55
Quadro 9- Taxa da cirurgia de ambulatório	57
Quadro 10- Produção cirúrgica dos procedimentos mais frequentes	58
Quadro 11- Estrutura da oferta do Mercado Nacional dos Seguros de Saúde em 2008	61
Quadro 12- Hospitais oficiais e privados por NUTS II (2007)	62
Quadro 13- Valores dos subsistemas de saúde	67
Quadro 14- Entidades privadas que responderam.....	73
Quadro 15- Hospitais	78
Quadro 16- Volume de facturação das cirurgias apresentadas pelos hospitais	79
Quadro 17- As quantidades de cirurgias efectuadas nos hospitais	79
Quadro 18- Cirurgias efectuadas em regime de internamento e em regime de ambulatório ..	81
Quadro 19- Resultado do teste: duas amostras emparelhadas para média	84
Quadro 20- Resultado do teste: duas amostras emparelhadas para média Excel.....	85

Lista de Figuras

Figura 1 – Peso da despesa da saúde no PIB.....	3
Figura 2 – Evolução da despesa com a saúde em % do PIB, em Portugal ,EU 15 e OCDE	21
Figura 3 – Fluxos financeiros no sistema de saúde	25
Figura 4 – Processo de construção dos GDH.....	36
Figura 5 – Fluxos de relações entre entidades	36
Figura 6 – Processo de elaboração do problema	75
Figura 7 – Cirurgias em 2009	77

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Relação entre o número de cirurgias em internamento (convencional), o ambulatório e as cirurgias em ambulatório	55
Gráfico 2 – Percentagem de cirurgias efectuadas em ambulatório	55
Gráfico 3 – Taxa da cirurgia de ambulatório	56
Gráfico 4 – Cirurgias 2009	76
Gráfico 5 – Outliers (Internamento)	81
Gráfico 5 – Outliers (Ambulatório)	82

Lista de Abreviaturas

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
CNADCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE – Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da
Administração Pública
ARS – Administração Regional de Saúde
CRP – Constituição da República Portuguesa
CTT – Correios de Portugal
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
IOS-CTT – Instituto de Obras Sociais dos CTT
ISP – Instituto de Seguros de Portugal
PT-ACS – Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde
SAD/GNR – Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP – Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários
WHO – World Health Organization

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Este trabalho vai demonstrar a viabilidade de transpor cirurgias realizadas em regime de internamento de cirurgias para regime de ambulatório. O fio condutor que me motivou a efectuar este trabalho, foi a evidência do imenso sucesso das cirurgias em regime de ambulatório que se foi desenvolvendo no Sistema Nacional de Saúde (SNS). As medidas de incentivos a este tipo de cirurgias, permitiram chegar aos 50% de cirurgias realizadas no âmbito do ambulatório.

Faz todo o sentido o aproveitamento destas medidas inovadoras para o sector privado. Em todo o mundo ocidental, a maior parte das cirurgias já são efectuadas em regime de ambulatório. A aceitação por todos os intervenientes resultaram em excelentes resultados, quer ao nível de redução de custos, quer ao nível da melhoria da qualidade dos serviços.

A finalidade e o objectivo deste trabalho é demonstrar que é possível transpor para a iniciativa privada, as motivações que originaram a aposta na cirurgia de ambulatório.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos. No Capítulo I é abordando o propósito da investigação e os seus objectivos. O Capítulo II consiste no enquadramento teórico, no qual são abordados os temas mais pertinentes e actuais relacionados com a problemática em estudo, tais como: mercado de saúde, sistema de saúde, o financiamento hospitalar, a produção hospitalar e o financiamento por GDH, o regime de cirurgias efectuadas em ambulatório, o sector privado e por fim a qualidade em cuidados de saúde.

O Capítulo III refere-se à metodologia de investigação, aos métodos utilizados na realização do estudo, com referência ao tipo de estudo, população e amostra, variáveis, instrumentos de colheita de dados utilizados, procedimentos na colheita de dados, e por fim o tratamento estatístico.

O Capítulo IV consiste na apresentação dos resultados obtidos, a respectiva análise e a discussão dos resultados.

No Capítulo V é apresentado a exposição das limitações do estudo, algumas sugestões para futuras investigações, a conclusão, seguidas das referências bibliográficas que sustentam a realização do estudo.

1.1. Justificação e importância do tema

O crescimento acentuado das despesas no sector da saúde que afecta a maior parte dos países ocidentais, determinou uma reflexão profunda do financiamento dos serviços de saúde, face às enormes potencialidades que um sistema de financiamento pode gerar na definição de incentivos para os prestadores de cuidados de saúde.

“A capacidade para atingir os objectivos dos sistemas de saúde e o custo daí resultante para a sociedade dependem, muito, do método de financiamento. Quem quer que possua o poder de financiar pode determinar para onde serão dirigidos os recursos em cuidados de saúde e como serão utilizados” (Escoval, 1999).

Actualmente o mundo passa por uma enorme transformação, consolidou-se a implementação plena de uma economia globalizada, que favoreceu o aparecimento de novos mercados altamente competitivos e novos agentes económicos aptos a revolucionar o mundo dos negócios.

A entrada de novos países como o Brasil, Rússia, Índia e a China, os chamados BRIC, termo utilizado por Jimmy O’Neill (2001), para caracterizar os países que tendencialmente terão maiores taxas de crescimento até 2050, irão condicionar a maneira de estar nos mercados. São países que têm disponíveis enormes recursos naturais e humanos. As grandes extensões territoriais com imensos recursos naturais, as enormes quantidades de recursos humanos disponíveis com remunerações baixas, o produto interno bruto em ascensão, mercados internos a crescerem, boas valorizações nos mercados de capitais e apostas na tecnologia e nas infra-estruturas, irão alterar por completo as regras de jogo a nível global. Os baixos custos de produção que lhe estão associados e as altas taxas de crescimento económico irão condicionar as chamadas economias tradicionais.

As políticas económicas têm sido condicionadas pelas mudanças na economia. Novas estratégias tiveram de ser adotadas de forma a se encarar e enfrentar as novas realidades. As alterações devem abranger os vários sectores da economia por forma a se poderem adaptar ao momento actual. O sector da saúde, com as suas características únicas, é um dos sectores da economia que certamente irá sofrer

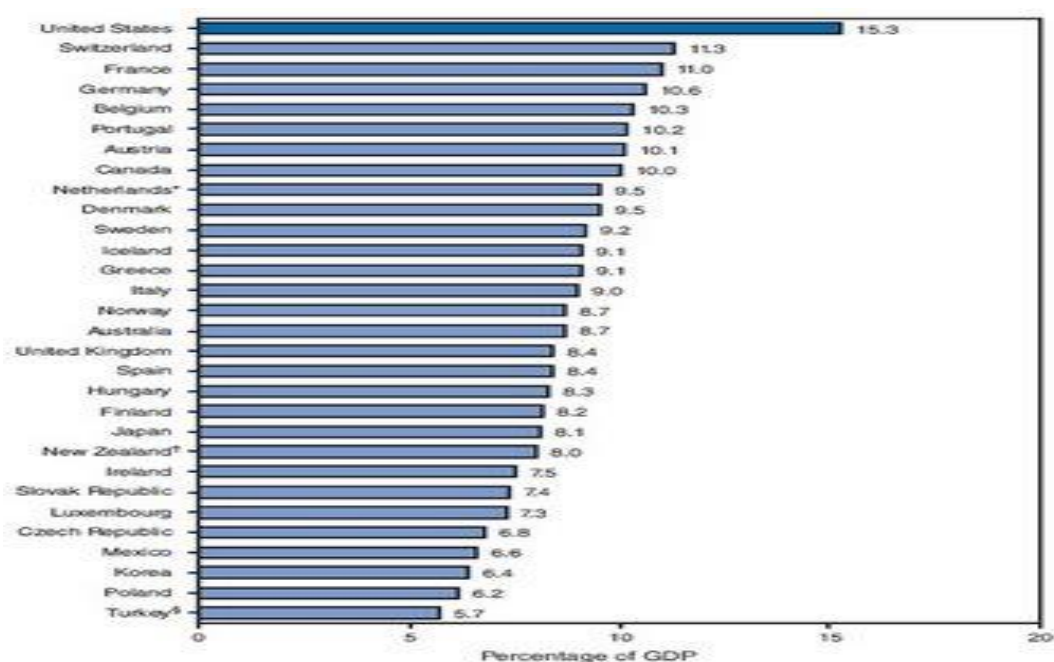
grandes transformações. As despesas com os cuidados de saúde de todos os países tendem a aumentar cada vez mais e se não forem tomadas medidas de redução da despesa, o caminho do futuro desta actividade tenderá a ser turbulento.

Portugal com as últimas políticas despesistas, em que era norma falar-se que a saúde não tem preço, tornou o país, um dos que mais possui despesa na saúde, não advido daí melhor qualidade, nem aumento da eficácia dos serviços.

Desde a criação do SNS que o crescimento do peso dos gastos em saúde representa uma parcela importante do Orçamento de Estado. Portugal localiza-se no topo da tabela dos países da OCDE que têm mais peso em despesas em saúde em relação ao PIB. É um dos motivos das preocupações das diversas entidades nacionais vinculativas do sector da saúde.

Figura 1

Peso da despesa da saúde no PIB



Fonte:OCDE (2008)

Segundo a OCDE, Portugal continua a aumentar os seus gastos em saúde do Produto Interno Bruto (PIB), que são repartidos pelo sector público, privado e social. Os gastos portugueses em 2008 estavam acima da média dos países (10,2%) do PIB em relação ao valor médio da OCDE que é de 8,9% (OCDE, 2008). Portugal como se verifica na figura 1, encontrava-se na posição cimeira da tabela.

O aumento dos gastos em saúde explica-se pelos progressos da ciência médica e da tecnologia, o envelhecimento das populações e ao maior acesso aos cuidados.

À parte da enorme despesa em saúde, Portugal era reconhecido a nível mundial como um dos países que mais garantia o acesso aos cuidados de saúde. Num relatório da OMS sobre sistemas de saúde dos vários países do mundo, o SNS português surgia em 12.º lugar no desempenho global. Era o 5.º da Europa comunitária, bem à frente dos EUA, que ocupavam o 37.º lugar. A universalidade da prestação dos serviços de saúde, é uma explicação para esta posição. Portugal é um país em que todos têm acesso a cuidados de saúde, mas que terá que atender aos gastos de saúde porque senão o sistema pode cair por terra, tornando-se insustentável.

Já em 1997, a Associação Portuguesa da Economia da Saúde referia que Portugal “não gasta pouco em saúde, gasta é mal os recursos disponíveis”. Em concreto existem várias fontes de ineficiência no sistema que geram custos superiores aos possíveis. Conclui-se que o principal problema encontrava-se na eficiência de utilização dos recursos. Sem a introdução de mecanismos que promovam maior eficiência, a canalização de recursos adicionais implicaria ainda mais desperdícios. Por exemplo, foi argumentado que não há evidência de efectividade de diversas intervenções médicas praticadas frequentemente. A maximização da eficiência no sistema de saúde requer a avaliação sistemática dos actos médicos, quer na sua componente clínica quer na económica.

As instituições da área da saúde devem recorrer a novas abordagens para assim poderem garantir competitividade. A globalização e a concorrência potenciam a competição entre entidades, que devem estar preparadas para terem vantagens competitivas para assim afiançarem que os seus desempenhos se primam pela excelência.

As organizações devem-se pautar pela redução de custos mas ao mesmo tempo garantirem a mesma qualidade dos seus produtos ou serviços, sendo esta a imposição necessária para garantirem vantagens competitivas.

Os consumidores de todo o mundo tornaram-se cada vez mais exigentes devido à enorme competitividade, por conseguinte as respostas que as organizações devem dar a nível estratégico é apostar na diferenciação dos seus produtos e serviços. Devem ser os mais eficientes, para criarem valor para o cliente.

A redução de custos nas organizações tornou-se inevitável devido à situação económica mundial. Em todo o mundo as despesas em saúde não deixam de crescer.

Actualmente é fácil perceber as mudanças que teremos de realizar. As organizações têm como prioridade de colocar em prática a redução de custos nas unidades de cuidados de saúde. Devem fazer face à falta de eficiência dos serviços, resultantes de gestões desadequadas e ao mesmo tempo devem garantir para a maior parte dos cidadãos, os cuidados de saúde adequados, reduzindo assim o aumento das despesas da saúde. Com melhores processos certamente os índices pretendidos de eficiência e eficácia serão mais facilmente atingidos reduzindo-se substancialmente os custos.

Registei o enorme esforço do ministério da saúde, na sua estratégia para conseguir transitar as cirurgias efectuadas em regime de internamento para o regime de ambulatório. Há várias cirurgias que são possíveis de realizar em regime de ambulatório que ainda são efectuadas em internamento. O esforço e a perseverança tiveram sucesso, pois em 2009 chegou-se à meta dos 50% de cirurgias em ambulatório, ou seja metade das cirurgias já são efectuadas neste regime.

Ao analisar os registos do êxito das cirurgias em ambulatório no SNS, fui analisar as bases de dados de cirurgias efectuadas a beneficiários de um subsistema de saúde. Verifiquei que a maior parte das cirurgias eram efectuadas em internamento. Quando analisei as cirurgias, verifiquei que muitas delas eram possíveis de efectuar em regime de ambulatório, e algumas já eram feitas, mas com registos pequenos e dependiam sempre dos prestadores que as efectuavam.

Os valores de facturação registados nas cirurgias de internamento, com despesas inacreditáveis em consumíveis e medicamentos, tomaram a minha tomada de posição.

Este trabalho reflecte as preocupações sentidas para se obter redução de custos. O desperdício de recursos utilizados em cirurgias efectuadas em internamento quando se podiam realizar em ambulatório, é tema fulcral para se garantir maior eficiência no financiamento aos Hospitais Privados.

O trabalho registado na administração pública ao conseguir-se que grande parte das cirurgias fosse realizada em regime de ambulatório foi notável. Verificou-se que muito bom trabalho é realizado ao nível do sector público, restando a grave lacuna verificada nos hospitais públicos, que é o atendimento aos utentes e na qualidade dos seus serviços.

Verifica-se algum volume de deslocalização dos utentes de serviços de saúde para o sector privado pois existe uma grande percentagem da população com seguros e/ ou subsistemas de saúde. Na opção de recorrerem ao público ou ao privado tendem a

dirigirem-se para os hospitais privados que primam pela qualidade dos seus serviços. Os seguros e os subsistemas têm que se preocupar com a deslocalização, pois o acréscimo dos seus beneficiários e cliente nos hospitais representam maiores consumos. E se a despesa se tornar insustentável, os seguros e os subsistemas terão problemas de garantir a sobrevivência económica e financeira.

É possível assegurar a eficiência e a qualidade dos produtos e serviços, e assim tornarem-se entidades com poderosas armas de competitividade enquanto fonte de diferenciação. Assim garante-se a sobrevivência económica e financeira das instituições. Se os prestadores privados primarem pela eficiência e qualidade, obrigará respostas imediatas do sector público, de tal forma que todos nós possamos lucrar. A iniciativa privada com a sua capacidade de resposta aos mercados e a sua visão de agradar ao cliente, dá uma lufada de ar fresco ao sistema de saúde português motivando sinergias para que haja mudanças profundas na forma da prestação de cuidados de saúde.

1.2 Objectivos da investigação

Deve-se fomentar a eficiência económica nas unidades de saúde num quadro de maior disciplina orçamental e de controlo da despesa., incentivando a aplicação de mecanismos de melhoria da eficiência técnica garantindo-se assim a proficiência no funcionamento dos prestadores de cuidados de saúde. Pode ser a via de se encontrar a combinação virtuosa entre a equidade e a eficiência muito em voga nos tempos actuais.

O objectivo deste estudo é demonstrar-se as vantagens que a aposta na escolha das cirurgias em regime de ambulatório pode reflectir nos custos totais das facturações, enviadas ao subsistema analisado. Intentar para reduzir os custos com os internamentos hospitalares, deve ser o caminho a seguir.

A maior preocupação seria se haveria diminuição na qualidade dos serviços prestados mas o percurso efectuado pelas cirurgias em regime de ambulatório no serviço nacional de saúde revela que a qualidade e a eficiência estão de mãos dadas neste tipo de regime.

Os subsistemas de saúde necessitam accionar estratégias de conter o financiamento aos hospitais privados. O seu financiamento representa uma quota muito representativa das suas facturações anuais. A concorrência existente nos hospitais

privados permite fornecer capacidade de oferta e de preço nos vários serviços. A facturação dos hospitais privados aos subsistemas está centralizada nas cirurgias de internamento, que se reflecte na pouca aposta da cirurgia em regime de ambulatório, embora disponham de todas as condições de a efectuar. É de realçar que os hospitais ao nível do financiamento público e nos acordos com o Ministério da Saúde, para combater as listas de espera, efectuem, cirurgias em regime de ambulatório. O Serviço Nacional de Saúde para tornar o financiamento mais eficiente tem apostado fortemente neste tipo de cirurgia. Os subsistemas têm de contrariar esta tendência e inverter a situação. O estudo é orientado no sentido de provar os grandes benefícios da aposta dos subsistemas em indicar e incentivar os actos cirúrgicos em regime de ambulatório.

A promoção da eficiência e da qualidade nos hospitais privados de cuidados de saúde e a redução do desperdício são fundamentais para a sustentabilidade do negócio.

Com este trabalho vou verificar a poupança que se pode realizar com a transição de certas cirurgias para o regime de internamento

Garantir a eficiência na afectação dos recursos é a ferramenta fundamental para assegurar a sustentabilidade do financiamento hospitalar.

As unidades de saúde devem visar a melhoria contínua e promover alterações nos seus equipamentos e métodos de trabalho de forma a tornar a prestação de serviços mais eficiente e capaz de dar resposta às solicitações cada vez mais exigentes dos utilizadores de saúde. Devem alargar os princípios, metodologias e ferramentas de qualidade de modo a concertar sinergias para um melhor desempenho dos seus serviços. Rentabilizar as suas unidades de produção de ambulatório irá facultar o internamento para os doentes de agudos.

O meu trabalho como gestor coloca-me numa situação de exigência da eficiência alavancada dos hospitais privados de saúde.

Nas organizações, todos os intervenientes devem assegurar cuidados de saúde com níveis de eficiência máxima em todos os seus processos.

A qualidade dos prestadores privados de saúde contratualizados pelos subsistemas, seguros de saúde e pelas convenções do SNS, tem que ser pautada por níveis de exigência, de modo a responderem às solicitações e expectativas dos seus utentes.

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura vão ser abordados os temas pertinentes que envolvem este trabalho. A compreensão dos temas, clarifica se o tema é viável do ponto de vista teórico. A revisão é feita utilizando todo o conhecimento gerado sobre o assunto em causa, de artigos, livros e com citações de especialistas. Deve ser capaz de responder à pergunta da pesquisa já foi respondida ou, caso a resposta exista, se ela é satisfatória ou não para a situação.

2.1 O mercado da saúde

2.1.1 Introdução

Associar a palavra mercado a uma área de tão grande sensibilidade como a saúde, provoca sempre constrangimentos e forte controvérsia, mas se consideramos que um mercado pressupõe uma oferta e uma procura de determinados serviços ou produtos, reconhece-se que a saúde, enquanto bem, reflecte um mercado.

A evolução das sociedades contribuíram para gerar graus de exigência cada vez maiores. As populações recorrem com maior frequência aos prestadores de cuidados de saúde. As expectativas que foram criadas no reconhecimento do direito à protecção da saúde implicaram dispor de mais meios humanos, técnicos e financeiros que possibilitaram a entrada de novos agentes económicos.

Daí a importância da aplicação de conceitos de natureza económica no âmbito do sector da saúde. É fundamental justificar-se como se utilizam os recursos existentes.

2.1.2 A afectação dos recursos

A efectividade e a eficiência dos cuidados de saúde são traduzidos pela satisfação e bem-estar individual, pelo que o conceito económico do bem saúde é o resultado dos investimentos realizados (inputs) em cuidados de saúde e das melhorias providenciadas com esses esforços (outputs). Por conseguinte, a aproximação económica é promovida pela contínua relação entre os inputs e os outputs.

Em todos os sectores, existe uma preocupação relacionada com a afectação dos recursos, dados, que cada vez mais as expectativas dos cidadãos se intensificam, o que evidencia uma procura quase ilimitada, sendo, por sua vez, os recursos disponíveis cada vez mais escassos. A escassez de recursos é a grande problemática da actualidade e o sector da saúde sofre da mesma causa.

Todas as sociedades têm de realizar escolhas e afectar recursos para produzir determinados serviços de saúde. Porque é reconhecida a escassez de recursos, estas escolhas têm um custo de oportunidade. Ou seja, as escolhas realizadas comportam sacrifícios.

É inquestionável a necessidade de realizar escolhas. Muitas das políticas actuais envolvem uma escolha entre eficiência e equidade.

A eficiência (custo) na afectação de recursos para a prestação de cuidados de saúde depende da capacidade em minimizar os custos (orientação para os inputs), isto é, para um dado nível de produção, minimizar o custo por serviço ou, por um dado custo, maximizar a produção desse serviço (orientação para os outputs). De facto, trata-se de um processo de maximização da relação entre recursos (inputs) *versus* resultados (outputs).

2.1.3 A procura e a oferta de saúde e de cuidados de saúde

O consumo dos cuidados de saúde é fortemente determinado pelos agentes da oferta; a chamada relação de agência que não é mais do que a delegação de decisões por parte de um agente num outro agente económico que possui mais informação (Pita Barros 2009).

Na procura de um bem ou serviço deveria estar implícita a sua preferência consoante o preço e a qualidade oferecida.

Esta máxima não é linear no sector da saúde pois trata-se de um sector com demasiadas condicionantes.

Quando me refiro à procura no sector da saúde, destaco três tipos de procura:

- a) Procura de cuidados de saúde
- b) Procura de saúde
- c) Procura de seguros de saúde

É comum referir-se que a procura de cuidados de saúde na saúde é uma procura derivada de saúde.

Obter um certo estado de saúde origina a procura de cuidados de saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é não só a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social”.

A saúde deve ser constantemente promovida pois é um factor essencial da vida humana. Sociedades com indivíduos saudáveis, conduzem a uma maior qualidade de vida, desencadeando um aumento da produção que se reflecte num maior desenvolvimento económico.

A procura de cuidados de saúde, enquanto bem, é demasiado complexa e abrangente – medicamentos, consultas médicas, cirurgias, terapêuticas, análises clínicas, meios auxiliares de diagnóstico e outros - possibilitando a existência de vários mercados.

Surge, consequentemente, a ideia de mercados independentes no sector da saúde. Rui Nunes (2005) refere-se à articulação entre o mercado interno da saúde (publico), e o mercado privado (incluindo as seguradoras) e o mercado dos subsistemas.

3.1 Sistema de saúde

3.1.1 Introdução

O primeiro sistema de saúde conhecido teve o seu aparecimento na Alemanha de Bismarck em 1883.

Este modelo consistia numa amálgama de seguros sociais obrigatórios de base profissional e coberturas separadas cujo financiamento era garantido pelos trabalhadores, entidades patronais e o Estado.

O modelo obrigava as entidades patronais e trabalhadores a contribuir para um figurino de seguro doença, de forma a sustentar um sistema de “protecção social” de apoio aos trabalhadores de menores recursos. Este modelo generalizou-se para os trabalhadores.

Embora não fosse o exemplo de solidariedade social e equidade, ele tornou-se o grande precursor do Estado Providência. Este conceito que seria a génese dos direitos sociais, resulta da preocupação do Estado no sentido de garantir às populações, o apoio na doença, no desemprego e das reformas na velhice.

Mais tarde com a constatação da existência de riscos sociais e não apenas individuais surgem em países com a França (1910), Grã-Bretanha (1911) e Portugal (1919) a introdução de seguros obrigatórios.

Portugal adoptou um sistema de natureza bismarckiana em que os seguros sociais, de base profissional, eram obrigatórios. No início do Estado Novo foi suspenso este tipo de seguros, por se considerarem demasiado estatizantes e não agradarem às companhias de seguros. Na década de 40 foram novamente integrados mas no modelo corporativo com a criação das denominadas caixas sindicais de providência.

3.1.2 Descrição do sistema de saúde Português

A estrutura do actual sistema de saúde Português é baseada numa prestação mista de cuidados de saúde. Os cuidados de saúde são garantidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) financiado por dinheiros públicos, via impostos, e por prestadores privados financiados pela iniciativa privada. O sector público através do SNS garante o direito aos cuidados de saúde a toda a população, qualquer que seja a sua situação económica e geográfica, quer através dos Hospitais, Centros de saúde e as recentes Unidades de Saúde Familiar (USF) e complementa-se em certas especialidades no sector privado.

O sector privado de saúde é prestado por prestadores existentes em todo o país, quer pertencentes a grandes grupos económicos quer a nível individual. Algumas entidades Portuguesas, de que se pode falar, a título exemplificativo, como o sector bancário (SAMS), a PSP (SADE), o sector judiciário e o funcionalismo público (ADSE) têm redes próprias de prestadores garantindo aos seus funcionários cuidados de saúde. São os chamados subsistemas que se diferenciam do SNS e dos seguros de saúde devido às suas particularidades. O sector privado garante os cuidados de prestação a todos que tenham condições de usufruir de seguros de saúde, de subsistemas de saúde e mesmo aos utentes do SNS através da sua rede convencionada. Torna-se complementar ao SNS garantindo a prestação em especialidades em que o SNS não consegue dar respostas satisfatórias. Nas últimas décadas, o sector público predominava, ou seja era o Estado, o garante do acesso das populações aos cuidados de saúde (prestador), o regulador do mercado e financiador.

Esta situação criava decisões contraditórias, que teve de se esclarecer e, segundo Maltez (1992), argumentava “numa sociedade livre, o Estado não administra os negócios do homens. Administra a justiça entre os homens que conduzem os seus próprios negócios”. A separação da prestação e o financiamento no sector público tem sido executada em reformas de vários países como sublinham Mason e Morgan (1995).

Campos (1994), realçava que o papel do Estado na saúde “deixe de ser o de Estado-empresário para ser o de Estado-regulador”. Defendia o modelo das empresas públicas para os hospitais públicos e concebia a possibilidade de exploração de alguns hospitais ao sector privado. Correia de Campos enquanto ministro da saúde aplicou as suas ideias na prática. Implementou os hospitais EPE, entidades com gestão pública mas com práticas empresariais, e as parcerias público privadas ao nível de contratos de concessão e de gestão como o exemplo do Hospital Fernando da Fonseca, assentando a sua política no controlo e na racionalização da despesa pública.

A Constituição da Republica de 1976 referia no seu artigo 64º, que “ o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito...”. Mais tarde, surgem algumas modificações como a revisão da Constituição que substitui no artigo 64º o termo “gratuito” para “tendencialmente gratuito” o que provoca um “agitar de águas” no sector da saúde com a iniciativa privada a interessar-se cada vez mais por este sector. De tal forma que o sector privado nos últimos anos tem crescido de forma significativa com a inauguração de novos hospitais e com as parcerias publico privada ao nível da concessão e da gestão que entretanto foram suspensas pelo actual governo.

No início da década de 90 com a alteração da Constituição da Republica no seu artigo 64º, os grandes grupos económicos como o Grupo Espírito Santo, Grupo Mello e o Grupo Caixa Geral de Depósitos revêem as suas motivações estratégicas e orientam os seus negócios para o sector da saúde.

A iniciativa privada ao reconhecer a existência de um mercado lucrativo, manifestou desde logo disponibilidade para entrar nesta nova área de negócio, como é a saúde.

A necessidade de um acesso mais fácil e atempado aos cuidados de saúde, melhor qualidade e melhores esclarecimentos das práticas clínicas administradas, são elementos fundamentais a que os prestadores privados se prontificaram a dar

resposta. Estas mudanças provocaram alterações na maneira de actuar no sector de saúde estatal.

Ferreira (2004) referiu que a administração pública deveria reinventar-se no sector da saúde, transitando-se para uma gestão mais orientada para os resultados e não em função dos meios, fortalecendo-se a centralidade do cidadão e adoptando-se formas mais empresariais por oposição às tradicionais actuações burocrático-administrativas e combinando as vantagens dos mecanismos de mercado com a universalidade do sistema e a forte responsabilidade do Estado no sector da saúde.

Miles e Broomberg (1998) realçam como principais resultados do processo de desburocratizar, as melhorias de eficiência decorrentes de uma gestão descentralizada, a promoção da competição entre prestadores e a substituição de estruturas de gestão hierárquica directa por relações contratuais entre compradores e prestadores que promovem uma transparência acrescida nos preços, nas quantidades e na qualidade dos serviços prestados.

O custo da saúde era sempre desvalorizado nas organizações de saúde, atitude que está ser alterada com as mudanças verificadas nas economias mundiais.

3.1.3 Evolução do sistema de saúde português

Para se compreender melhor a evolução do sistema português é necessário compreender as influências a que foi sujeito.

Portugal conheceu, grandes transformações em tempos particularmente curtos, influenciando a maneira de prestação de cuidados de saúde. Consideram-se 5 grandes períodos:

- Antes dos anos 70
- Do início dos anos 70 a 1985 (estabelecimento e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS))
- De 85 a 95 (a regionalização do SNS e o novo papel para o sector privado)
- De 95 a 2002 (nova gestão publica – “New Public Management” para o SNS)
- De 2002 até aos tempos actuais (hospitais empresas, racionalização dos

custos)

Foi efectuado um enorme esforço, nos últimos 30 anos, para melhorar a saúde e a prestação de cuidados de saúde. Estes esforços concertaram-se no aumento do financiamento. A expansão dos serviços de saúde, a melhoria das instalações, a introdução de novas tecnologias médicas e de informação, maior acesso a medicamentos e esforços contínuos de organizar e gerir melhor o SNS, conduziram a uma despesa nacional ao nível da saúde, incomportável para as gerações futuras. O despesismo e as mudanças repentinas nas políticas de saúde explicam em parte, os graves problemas que se esperam nas elaborações dos orçamentos futuros, para que se possa enfrentar a sustentabilidade dos financiamentos na área da saúde.

3.1.3.1 O sistema de saúde português antes de 1970

Portugal apresentava indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis, no contexto da Europa Ocidental de então: uma taxa de mortalidade infantil de (58.6), escassez de médicos (cerca de 8.000), e só se realizavam 37% dos partos nos hospitais.

O sistema de saúde Português estava muito fragmentado, o Estado tinha alguns grandes hospitais, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência, Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971), médicos municipais, serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas, enquanto o sector privado estava especialmente desenvolvido na área do ambulatório.

Em 1970, a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, porque a capacidade de financiar os serviços públicos era muito limitada.

Na altura existiam situações caricatas com os profissionais de saúde a acumular diferentes ocupações, de modo a poderem ter níveis de remuneração aceitáveis.

3.1.3.2 Estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (1971-1985)

A reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), incluiu o estabelecimento dos “Centos de Saúde”. Apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro Serviço Nacional de Saúde.

A revolução do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente. Emergiram novas políticas sociais. A criação de um Serviço Nacional de Saúde foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. A nova constituição estabelecia que “todos têm direito à protecção da saúde” que se realizaria “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Também se fazia referência ao desenvolvimento económico, social e cultural de forma a assegurar e a promover a saúde. A lei do Serviço Nacional de Saúde (1979) declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica. A revisão da Constituição em 1989 muda “serviço nacional de saúde gratuito” para “tendencialmente gratuito”. A nova lei do Serviço Nacional de Saúde também significou que o financiamento da saúde começou a provir do Orçamento Geral do Estado substituindo o financiamento com base nos fundos sociais.

A carreira médica de Clínica Geral e Familiar foi introduzida em 1980.

Os anos 70 não foram fáceis para a sociedade portuguesa. A “crise do petróleo” teve um impacto muito negativo na economia portuguesa. Consequentemente houve limitações sérias no financiamento disponível para iniciar as reformas sociais. O SNS iniciou-se com problemas financeiros. Para um país que experimentava o início da democracia e o processo da descolonização, as exigências de gestão do SNS foram um desafio imenso. Após uma década de implementação dos centros de saúde (centros de saúde de 1ª geração) perdeu-se a oportunidade de lhes fornecer o desenvolvimento organizacional necessário para melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica (medicina geral e familiar), em 1984/5, quando foram fundidos com os Serviços Médico - Sociais da Previdência. Os então centros de saúde (1ª geração) com actividades predominantes na área da saúde pública foram fundidos com os postos das caixas de Previdência que faziam medicina curativa, tornando-se no que se designa por centros de saúde de 2ª geração. Como os salários continuavam a ser baixos para os profissionais de saúde, muito poucos se dedicavam exclusivamente ao SNS.

3.1.3.3 Regionalização do SNS e novo papel para o sector privado (1985-1995)

Esta década foi marcada por uma estabilidade política sem precedentes desde a revolução de Abril. Portugal tornou-se membro da Comunidade Económica Europeia (agora União Europeia) em 1986 e tornou-se possível o financiamento europeu para desenvolvimento de infra-estruturas sociais e económicas. Isto incluiu o sector da saúde. As instalações e equipamentos do SNS continuaram a expandir-se. Uma proporção crescente da riqueza do país era destinada à saúde.

Tornou-se clara a necessidade de alterações de gestão e organizacionais para melhorar a efectividade e eficiência do sector da saúde. As preocupações mais evidentes, na agenda política, que emergiram ao longo desta década foram:

- de SNS à rede de cuidados de saúde. A legislação de 1979 ignorou, em larga medida, a existência de um sector social e privado importante na saúde. A legislação de 1990 (Lei de bases da saúde) definiu o papel do SNS num contexto mais alargado de sistema de saúde.
- um novo papel para o sector privado. Esta nova legislação também se destinava a estimular o sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde. De facto, em 1995, a gestão de um hospital novo, de 600 camas, próximo de Lisboa, foi contratada a um consórcio privado. Esta modalidade não voltou a ser aplicada.
- regionalização e integração do SNS. Em 1993 foram estabelecidas 5 regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde) assim como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde. Estas últimas tinham como objectivo conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários.
- Taxas moderadoras. Em 1990, o Governo introduziu taxas moderadoras no SNS com excepção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos.
- Profissões de saúde: melhores salários em troca de uma maior separação entre serviços públicos e privados. Foi feita uma tentativa para estabelecer uma maior separação entre o exercício em estabelecimentos públicos e a prática privada, em

troca de uma melhor remuneração.

A descontinuidade nas agendas políticas levou a que o impacto destas iniciativas fosse limitado.

De forma a conseguir alguma transferência do peso financeiro do sector, a lei de 1990 propôs um esquema de “*opting – out*” que permitia aos cidadãos moverem-se da “seguradora” pública para seguradoras privadas recebendo estas um subsídio *per capita* do Estado. Isto não foi implementado, aparentemente, devido à falta de interesse das seguradoras. Alguns subsistemas de saúde usufruíram deste subsídio até final do ano 2006, altura que o Estado renunciou a esses acordos.

Outras alterações incluíram o início do desenvolvimento de um sistema de informação baseado nos “Grupos de Diagnóstico Homogéneo” para a gestão hospitalar.

As limitações no planeamento e gestão de recursos humanos resultaram na importação, 10 anos mais tarde, de médicos e enfermeiros, particularmente de Espanha.

3.1.3.4 A “nova gestão pública” para a reforma do SNS (1995-2001)

Após 10 anos de considerável estabilidade política – um governo PSD com maioria parlamentar em 8 destes 10 anos – iniciou-se um novo ciclo político no final de 1995. Nos 6 anos seguintes o país é, novamente, governado por um governo de um só partido (PS). No entanto, ao contrário do que aconteceu no ciclo político prévio, estes governos foram suportados por uma minoria parlamentar que escolheu não promover coligações políticas ou alianças necessárias para promover uma maior estabilidade política. No Parlamento, o suporte ao Governo era negociado caso a caso. Este ambiente político não era muito propício a grandes reformas.

Neste contexto foi adoptado um processo de reforma cauteloso centrado em princípios da “nova gestão pública - New Public Management” aplicada à reforma do SNS. Que se traduz em soluções de gestão mais empresariais. Isto pode ser sumariado de seguinte forma:

- Estratégia de saúde. De 1996 a 1999 uma ampla “Estratégia para a viragem do

século” foi desenvolvida. Esta estratégia incluía metas de 5 e 10 anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços. A implementação e monitorização desta estratégia foi descontinuada quando uma nova equipa ministerial entrou em funções no final de 1999.

- Empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde. Foi decidido, em 1996, que todos os hospitais deveriam adoptar novas formas de gestão, mais flexível e autónoma, de “empresas públicas”.
- Desenvolvimento da qualidade. Uma nova abordagem para promover a qualidade no sector da saúde foi desenhada e implementada. Isto incluiu a criação do Instituto da Qualidade em Saúde
- Política de recursos humanos. Em 1998, o Conselho de Ministros adoptou uma resolução criando mais duas escolas de medicina públicas, reforçando o ensino da enfermagem, promovendo mais capacidade de investigação e melhor coordenação entre as instituições onde se faz a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde. A implementação desta resolução nos três anos seguintes foi incompleta.
- melhorar as infra-estruturas da saúde pública. Foram criados 5 centros Regionais de Saúde Pública, desde 1999, com o objectivo de reforçar a saúde pública ao nível regional e local através de fornecimento de perícia em epidemiologia e liderança na promoção e gestão da saúde.
- reengenharia do sistema – distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde; sistemas locais de saúde. Em 1996, as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou ao estabelecimento das “Agências de contratualização”. Estas destinavam-se a desenvolver perícia na análise, negociação e decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de informação e monitorização para esse fim.

Foram também implementados programas para reduzir as listas de espera cirúrgicas e para introduzir o cartão do utente. Desde 1997 que o método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais foi parcialmente alterado para incorporar elementos de financiamento prospectivo, relacionado com actividade (baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo). Foram tomadas algumas iniciativas para regular

o mercado farmacêutico, incluindo a promoção de medicamentos genéricos. Em 2001 o Ministro da Saúde estabeleceu normas formais para o desenvolvimento de Planos Directores Regionais para os hospitais e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Simultaneamente, anunciou planos de estabelecer parcerias Público-Privado (PPP) para a construção de novos hospitais.

3.1.3.5 De 2002 até aos tempos actuais

A portaria nº 27/2002, de 8 de Novembro de 2002, vem aprovar o novo regime jurídico da gestão hospitalar e estabeleceu que os hospitais públicos se transformavam em sociedades anónimas (S.A.) de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.

Na sequência da referida portaria procedeu-se à transformação de vários estabelecimentos hospitalares em sociedades anónimas, de modo a realçar a autonomia da gestão do Serviço de Saúde Nacional. Este processo, no entanto, já tinha sido iniciado em 1998 com a criação do Hospital de São Sebastião.

É a partir do XVII programa do Governo Constitucional que se inicia o processo de transformação dos Hospitais públicos em entidades públicas empresariais (EPE), ficando sujeitos ao regime estabelecido no decreto-lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro de 1999, que se redefine o conceito de empresa pública.

Esta transformação em EPE levou ao agrupamento de Hospitais em Centros Hospitalares. A transformação dos Hospitais em EPE tem como objectivo adequar as organizações a objectivos de crescimento e de consolidação no mercado. Crê-se que o bom desempenho da actividade hospitalar não se resume a produzir mais e mais, tornando-se indispensável considerar de forma precisa e objectiva as necessidades da população. Considerou-se que os Hospitais EPE seriam a continuação dos Hospitais S.A. no entanto pretendendo-se com esta alteração alcançar a melhoria da eficiência e um aperfeiçoamento no aumento da eficácia e da equidade.

Esta remodelação no Sistema de Saúde Nacional teve de ser transposta para o Modelo. Para tal foi criada uma tabela responsável pela aplicação das regras de conversão e do agrupar da produção de cada Hospital no respectivo Centro Hospitalar.

As necessidades em saúde são cada vez mais crescentes. Esta evolução associa-se à exigência e ao poder crítico dos cidadãos, que, acompanhados da inovação tecnológica, reforçam as expectativas destes em relação ao direito à protecção da saúde. Alcançar a saúde nos planos individuais e colectivo implica dispor de meios humanos, técnicos e financeiros. Embora, nas sociedades plurais e democráticas, o Estado assuma um papel preponderante na garantia do acesso das populações a cuidados de saúde de qualidade, de acordo com os recursos disponíveis e as condições económicas e financeiras existentes, o mercado desempenha, igualmente, neste contexto, uma função determinante.

A saúde é um factor determinante essencial da vida humana, capaz de providenciar ao indivíduo um estado de bem-estar que lhe garanta um desempenho satisfatório em diversos planos: a nível físico, psicológico e social. Como já anteriormente se referiu, de acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS), "saúde é não só a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social".

As organizações e entidades de saúde devem prevenir a doença e promover a saúde pública. Assim, é prioritário que o sistema de saúde esteja devidamente organizado, no sentido de se definirem regras capazes de promoverem uma utilização justa, eficaz e eficiente dos recursos existentes.

Promover a saúde requer a utilização de meios físicos, humanos e financeiros que desaguam na rubrica de custos, agravando assim, a situação económica e financeira.

4.1 O Financiamento Hospitalar

4.1.1 Introdução

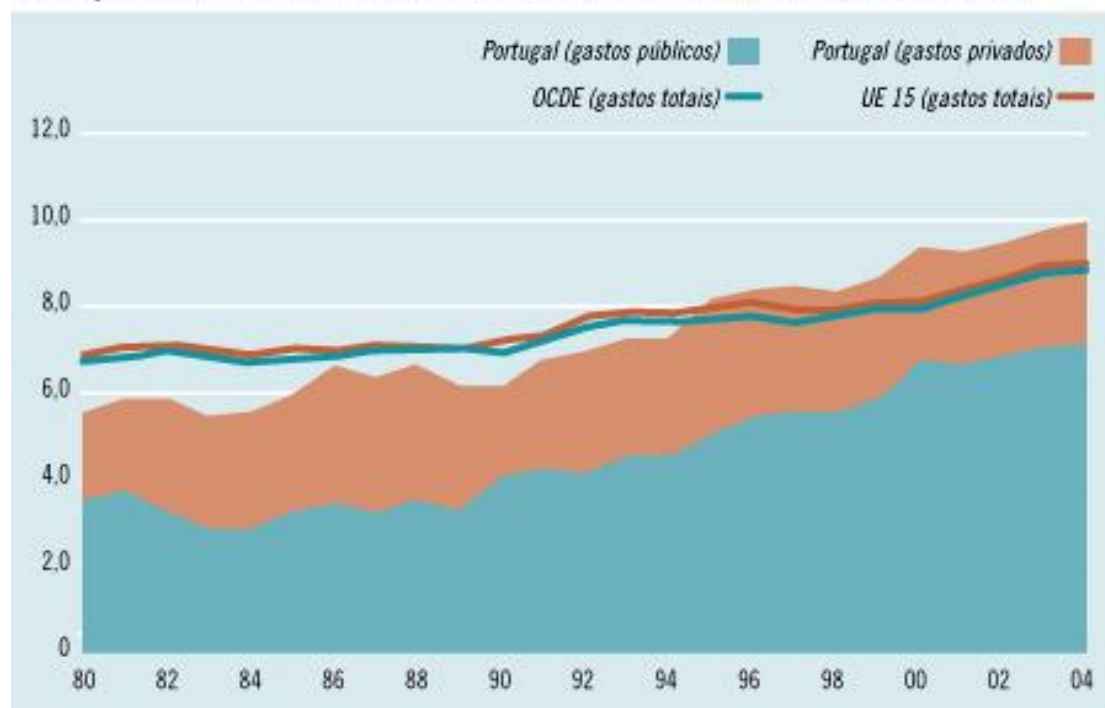
Um sistema de financiamento hospitalar define-se como um conjunto de regras objectivas destinadas a garantir a subsistência de uma rede de cuidados diferenciados que asseguram a prestação dos cuidados de saúde e incentivam uma gestão eficiente dos recursos aplicados.

“ É o mercado que conduz à eficiência económica e à maximização do bem-estar na sociedade” (Mateus, 2002)

Nas últimas duas décadas, o aumento dos gastos com a despesa de saúde com o PIB é bastante acentuado. *“Resulta claro que esta tendência de crescimento tem sido mais forte em Portugal do que na média dos países da UE15 ou da OCDE, sobretudo por pressão do crescimento da componente pública dos gastos.” (Relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007:61)*

Figura 2

EVOLUÇÃO DA DESPESA COM A SAÚDE EM % DO PIB, EM PORTUGAL, UE 15 E OCDE



Fonte: OCDE, 2006.

Na análise da figura 2, verifica-se que em 2004, a percentagem dos gastos totais com a saúde representava 10% do PIB, área onde se acentuavam os gastos públicos.

O relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007), enumerava como determinantes do crescimento dos gastos com saúde os seguintes factores: "O crescimento do PIB (associado à elasticidade positiva das despesas com saúde); o envelhecimento da população; o ritmo da inovação e desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico (com custos totais tendencialmente crescentes, mesmo que os custos unitários possam diminuir para certos tratamentos, e com benefícios marginais nos resultados de saúde) ". O relatório

acrescenta ainda às razões: "O facto de os cuidados em saúde serem intensivos em trabalho, a alteração do preço relativo dos bens produzidos pelo sector da saúde; e ainda as formas de organização da prestação de cuidados e do seu financiamento, bem como a cobertura da população e a universalidade do acesso."

Os últimos dados apresentavam valores com o custo da saúde na ordem de 10,2% do PIB para o ano de 2008. A possível falência do Estado-Providência e o crescimento do sector privado podem incentivar o desenvolvimento de novos esquemas de financiamento do sistema de saúde. As despesas directas dos cidadãos pagas a entidades privadas começam a ter um peso significativo na despesa total em saúde. Neste sentido, sendo certo que não existem modelos ideais para o financiamento da saúde, é clara a necessidade de discutir e aprofundar o conhecimento nesta área e rever alguns aspectos do financiamento da saúde procurando alternativas válidas, quer do ponto de vista do impacto no cidadão, quer ainda naquilo que respeita à própria sustentabilidade do SNS (OPSS, 2009).

4.1.2 O Financiamento em Portugal

Portugal desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 transitou de um Modelo Bismarck (alemão) para um do tipo Beveridge semelhante ao sistema Inglês, ou seja, passou de um sistema contributivo financiado parcialmente por contribuições para a providência para um modelo de financiamento baseado no Orçamento Geral do Estado.

O Estado posicionava-se como o principal prestador de cuidados de saúde em Portugal.

O artigo 6.º da Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS) garantia o acesso à saúde sem grandes restrições “salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”. O artigo 7.º realçava a gratuitidade, “sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações.”

Já em 1976 a Constituição da República realçava, no seu artigo 64.º, o direito à protecção da saúde através da “criação de um serviço nacional de saúde universal,

geral e gratuito”, tendo o Estado a obrigação de “orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos.”

Sem grandes explicações mantiveram-se os sistemas de protecção criados pelo próprio Estado (como a ADSE e sistemas de protecção específicos a alguns Ministérios). Em relação a estes sistemas, o Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007) pronunciou-se da seguinte forma:

“A existência de subsistemas públicos que coexistem com o SNS e que são financiados pelo SNS ou por outras componentes do Orçamento do Estado constitui, desde o início, um factor de iniquidade dentro do sistema de saúde português, dado que introduziu elementos de dupla cobertura, acesso privilegiado a serviços de saúde para alguns elementos da população, e financiamento público diferenciado de várias fontes para esses grupos da população (por exemplo, transferências para a ADSE via “Ministério das Finanças” (2007).

Os hospitais do SNS e todo o sistema são financiados pelo Orçamento de Estado, receitas provenientes de impostos directos e indirectos pagos pelos cidadãos e agentes económicos individuais e colectivos. A ideia de serviço gratuito fica esvaziada, não tendo os beneficiários do SNS a ideia de quanto contribuem para o financiamento do sistema. O pressuposto da gratuidade pode provocar desperdício e aumento da despesa.

Em 1989 o artigo 64.º foi alterado aquando da segunda revisão constitucional para que o direito à protecção da saúde “ é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

As despesas com a saúde e a abertura ao sector privado, anteriormente muito limitado aos prestadores de pequenos consultórios e de meios auxiliares de diagnóstico, justificaram a alteração do artigo mantendo-se até aos nossos dias.

Lucena (1995) “por financiamento designa-se genericamente o modo como o pagamento aos prestadores de cuidados médicos se encontra organizado e distribuído entre várias entidades”.

Segundo Bentes (1996), o sistema de financiamento hospitalar pode definir-se “como um conjunto de regras objectivas, reconhecidas e politicamente aceites, destinadas à subsistência de uma rede de cuidados diferenciados que assegure a prestação efectiva de cuidados aos doentes e que incentive a gestão eficiente dos recursos”.

Ana Escoval (1999), define o sistema de pagamento aos hospitais “como o somatório dos pagamentos efectuados aos prestadores de cuidados hospitalares, relativamente ao conjunto de beneficiários que possam ter recebido ou vir a receber aqueles cuidados, de acordo com as características inerentes àqueles beneficiários e serviços”.

Para estes autores o financiamento dos sistemas de saúde pode ser realizado pelas seguintes três formas:

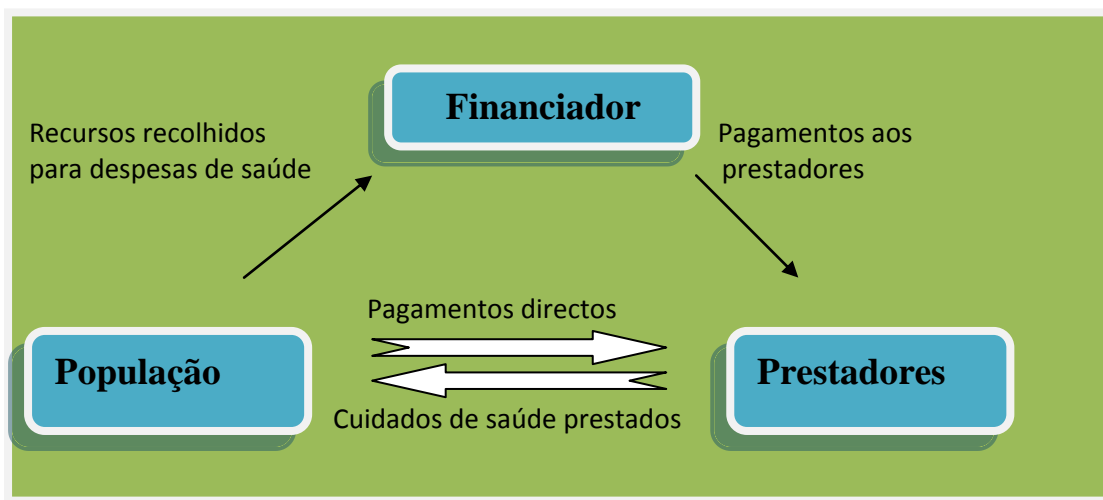
- Orçamento do Estado – o pagamento é realizado por entidades governamentais por via dos impostos;
- Contrato de seguro – o pagamento é realizado por entidades seguradoras (publicas e privadas) sendo que os fundos são adquiridos através de prémios de seguros;
- Despesa privada – pagamento no momento do acto efectuado pelos utilizadores de cuidados de saúde.

Actualmente em Portugal, o financiamento provém directamente do orçamento de Estado (SNS) e dos pagamentos efectuados pelos subsistemas e seguros de saúde. A maioria das pessoas preferem o sistema de financiamento via impostos e adoptam os seguros de saúde como complementar, embora os subsistemas associados a empresas tenham grande peso.

Os fluxos económicos fixam-se em três entidades: a população, o financiador e os prestadores de cuidados de saúde. Conforme figura 3, a população move fundos para o financiador, quer por via de impostos, seguro social, quer por via de contratos de seguros de saúde. As entidades financiadoras do sistema gerem esses fundos e consequentemente canaliza-os para o pagamento aos prestadores. A população pode pagar directamente ao prestador mas esta prática acarreta grandes custos para o utente dos cuidados de saúde.

Figura 3

Fluxos financeiros no sistema de saúde



Fonte: Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007)

“ É necessário definir uma política de financiamento para a saúde que contribua para tornar mais eficiente a gestão dos recursos. Mais do que criar fontes adicionais ou alternativas de financiamento a intervenção deve centrar-se na forma como os recursos são recolhidos e posteriormente distribuídos” (CRES, 1998).

Os países para conseguirem reduzir a despesa têm de assegurar melhores formas de financiamento ou implementar políticas de aumentar a eficiência para assim poderem garantir a sustentabilidade de todo o sector da saúde.

4.1.3 As modalidades de pagamento aos hospitais

No sistema de saúde português, os hospitais têm um peso enorme no montante que é despendido para os financiar. A forma como os hospitais são pagos pode influenciar o modo como a actividade é desempenhada. A maior ou menor eficiência pode advir da maneira como os hospitais forem financiados.

No caso específico da relação financiador/prestador, o esforço desenvolvido pelo prestador (hospital) na obtenção de maior eficiência não é facilmente observável pelo financiador.

O papel da modalidade do pagamento aos hospitais é fundamental para se garantir a procura de eficiência. A modalidade de financiamento eleita terá influência em diversas variáveis tais como a quantidade, o preço e, naturalmente, a qualidade, a eficiência e o acesso aos cuidados de saúde.

4.1.4 Do Pagamento Retrospectivo ao Financiamento Prospectivo

Até finais dos anos 70, os hospitais públicos portugueses eram financiados de acordo com o modelo retrospectivo, “caracterizado pela atribuição de subsídios baseados nas despesas do ano anterior, e tendo em conta a inflação e os acréscimos das verbas consignadas pelo Orçamento do Estado ao SNS” (Ministério da Saúde, 1998). O mesmo é dizer que os hospitais do SNS eram pagos com base nos seus custos.

Com a criação do SNS em 1979 e a constituição do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços da Saúde em 1980, responsável pelo orçamento do SNS e pela sua gestão financeira e sob a orientação do Professor Augusto Mantas, o estudo e avaliação dos sistemas de financiamento viriam a conhecer um desenvolvimento significativo.

A partir de 1981 inicia-se um sistema de pagamento de base prospectiva, através de um esquema de pagamento dos serviços efectivamente prestados pelas instituições, “sendo um dos objectivos fundamentais, criar incentivos para uma maior produtividade, apelando a maior eficiência” (Mantas 1989).

O sistema de pagamento retrospectivo corresponde a reembolsar os hospitais por todos os custos em que estes incorrem, enquanto o pagamento prospectivo consiste em atribuir ao hospital uma verba fixa, ou seja, independentemente dos custos em que os hospitais venham a incorrer.

Os hospitais com o pagamento por reembolso não são incentivados à contenção de custos nem à racionalização de recursos. Ser eficiente significa que o financiador paga menos. No sistema de pagamento prospectivo, o valor reflecte o custo “normal” de tratamento para o diagnóstico em causa. Este sistema tem o problema da diminuição

da qualidade dos serviços prestados ou os casos de saúde mais complicados serem rejeitados por representarem custos acima da média.

De seguida, apresentam-se as diferentes formas de proceder ao pagamento da actividade hospitalar.

- Pagamento baseado no acto

Tal como referido acima, nesta modalidade, o pagamento está associado com a prestação de um determinado acto ou serviço. Na prática, trata-se de um sistema retrospectivo de reposição no montante dos actos prestados. Este sistema promove a sobre-prestação de actos médicos e não premeia o tratamento de doentes.

- Pagamento por diária de internamento

As entidades prestadoras são pagas tendo por base o número de dias de permanência dos doentes no hospital, o que cria incentivos a internamentos mais prolongados particularmente quando estes incorporam apenas a parte de custos respeitantes a actividades hoteleiras. *“Dado que a decisão sobre o tempo de internamento pertence ao hospital, não é um sistema de pagamento muito comum”* (Barros, 2002).

- Pagamento por caso/episódio

Nesta modalidade, os pagamentos cobrem todos os serviços prestados por caso ou episódio de doença. Para tal são definidos preços por categoria de diagnóstico para determinados níveis de demora média, devendo estas categorias deter padrões homogéneos ao nível do consumo de recursos. A complexidade desta modalidade varia consoante o número de categorias existentes. Esta forma de pagamento incentiva o tratamento de doentes e a redução da duração de internamento, o que aumenta a eficiência técnica e económica.

Na verdade, quanto mais doentes tratarem mais ganham e quanto menos tempo demorarem a tratar esses doentes, face aos níveis de demora média estabelecidos, mais valias obtêm para o hospital (CRES, 1998).

A modalidade de pagamento através de GDH é uma das formas que está mais vulgarizada, sendo actualmente a modalidade de financiamento do internamento em vigor nos hospitais portugueses.

- Pagamento por orçamento global

“Por orçamento global entende-se a definição de um valor agregado, válido para um determinado período de tempo, destinado a cobrir as despesas hospitalares. É um modo de pagamento que incentiva fortemente a eficiência da instituição que recebe financiamento deste modo, desde que o orçamento seja respeitado” (Barros, 2002).

Na determinação do valor do orçamento global é necessário garantir, por um lado, que os valores atribuídos são realistas e, por outro lado, que o cumprimento do orçamento atribuído não implica a diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

- Capitação

Nesta modalidade, as entidades prestadoras recebem por período (usualmente, um ano), um valor fixo por cada uma das pessoas cobertas que façam parte da sua área de actuação.

Este pagamento inclui um conjunto de serviços de saúde a serem prestados. Esta modalidade poderá promover a prestação de serviços em menor quantidade, qualidade e à população com menor risco de doença.

O sistema de financiamento dos hospitais passou, naturalmente, por fases distintas. Simões (2004) explica que até 1981 eram financiados de acordo com os custos de exploração, com base em tabelas pré-definidas, sistema que não promovia o controlo dos níveis de consumo de recursos, nem penalizava a utilização desnecessária de actos ou de serviços. Atribuía-se subsídios baseados nas despesas de exploração do ano anterior, acrescidas das verbas atribuídas pelo Orçamento Geral do Estado para os hospitais, e de outros subsídios e reforços eventuais ao longo do exercício, de acordo com a avaliação da sua situação financeira.

De 1981 em diante inicia-se um sistema de pagamento de base prospectivo, considerando um esquema de pagamento dos serviços prestados pelas instituições. “Sendo um dos objectivos fundamentais, criar incentivos para uma maior produtividade, apelando a uma maior eficiência” (Mantas, 1989).

O financiamento aos hospitais que era baseado em custos históricos passa assim para um pagamento que está associado à produção final. Os preços variavam entre os hospitais centrais e distritais, em função da especialidade clínica, do tempo médio de internamento e das taxas de ocupação. Verificou-se uma melhoria mas “o novo sistema ainda continha imperfeições decorrentes sobretudo da definição grosseira da

produção que não levava devidamente em consideração o case-mix de cada hospital” (Ministério da Saúde, 1998). Segundo Barros (2002), o *case-mix* do hospital traduz a tipologia da sua produção expressa pela proporção dos vários tipos de doentes que trata.

Ao abrigo de um acordo desenvolvido entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale inicia-se, em 1984, o processo de adaptação a Portugal dos *Diagnosis Related Groups* (DRG) ou GDH, como viriam a ficar conhecidos.

Na mesma altura da empresarialização dos hospitais, surge a contratualização em que o Estado abdicando da sua função prestadora, passa a ser o financiador, contratualizando os serviços de saúde.

O modelo de contratualização utilizado no financiamento aos hospitais do SNS estabelece-se com um contrato-programa entre o Estado, através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as unidades prestadoras de cuidados de saúde.

O contrato-programa visa controlar a despesa, assegurar um elevado nível de qualidade, maximizar a eficiência das Unidades, assegurar a responsabilidade da gestão, maximizar a fiabilidade dos dados; “Enquanto instrumento de distribuição de recursos pelo critério do desempenho do prestador, uma vez que a sua implementação pressupõe a criação de instrumentos de acompanhamento e incentivo” (OPSS, 2007).

O modelo de financiamento e o processo de contratualização assumem-se como elementos fundamentais ao dispor do financiador público e regulador, sendo o contrato o instrumento de responsabilização especificamente delineado para definir um conjunto de directrizes uniformizadoras e reguladoras das praticas a adoptar, evitando abusos e rotinas incorrectas, para clarificar a responsabilidade das partes contratantes e a partilha dos riscos, reflectindo simultaneamente os objectivos da política da saúde e induzindo uma gestão mais eficiente dos fundos públicos.

5.1 O produto hospitalar e os grupos de diagnósticos homogéneos

5.1.1 Enquadramento

O sistema de saúde a nível mundial têm procurado promover e atingir os cuidados de saúde a toda a população de forma equitativa e eficiente. Nas últimas décadas tem-se observado grandes transformações demográficas, sociais, políticas e económicas.

Estes factores têm forte impacto nas condições de vida e saúde da população, criando desafios para o sistema de saúde e tendo consequências na afectação dos recursos públicos e privados destinados ao sector da saúde.

As formas de financiamento das políticas públicas implementadas não têm tido em conta o comportamento demográfico da população e de todos os outros factores.

Até ao momento as políticas de financiamento e distribuição de recursos dos hospitais têm apenas em conta a produção de um hospital mas esquecendo se essa produção se adequa à procura expressa por parte da população da área de atracção do respectivo Hospital.

Os gestores que actuam na gestão hospitalar defrontam-se com graves problemas na definição e medição da produção hospitalar. Há hospitais mais caros que outros. Deve-se a que causas? Falta de eficiência, patologias mais complexas que implicam internamentos mais longos ou a incapacidade de se medir com exactidão a produção de um hospital?

Os hospitais são das instituições mais complexas existentes na actividade económica, dada a simultânea prestação de vários tipos de serviço (A oferta de prestação de serviços hospitalares como os exames laboratoriais, dias de internamento, refeições, limpeza e outros). Quantificar os custos unitários de vários tipos de serviços e medir a produção final torna-se um problema de difícil resolução.

O produto hospitalar é o somatório de outputs que cada doente beneficia em função das suas necessidades e como parte do diagnóstico definido pelo médico.

Urbano e Bentes (1990) manifestam-se no sentido que cada doente é afectado pelos diagnósticos efectuados pelos diversos profissionais de saúde e cada decisão tem implicações na forma como os recursos são aplicados.

A diversidade de produtos decorrente das diferenças de diagnósticos e doenças estão associadas nas dificuldades de definir e medir a produção de um hospital, afastando-se da homogeneidade das outras actividades económicas (Hornbrook,1982).

O problema segundo Thompson, Averill e Fetter (1979) seria obter a definição exacta e de fácil trato dos serviços prestados pelos hospitais para assim se poder ter um controle efectivo dos custos hospitalares.

No limite, um hospital teria tantos produtos, quantos os doentes que trata. Assim se verifica a complexidade da medição da produção hospitalar.

O conceito de GDH surgiu no mercado da saúde como um sistema de classificação de episódios agudos, associados a Internamento, sendo ainda utilizado para definir operacionalmente a produção de um Hospital. A adaptação deste conceito ao Ambulatório surge na consequência da evolução tecnológica permitir, no presente, tratar doentes num período inferior a 24 horas.

5.1.2 A implementação dos GDH

O financiamento dos Hospitais sofreu várias alterações ao longo destes anos. Nos anos 70, o financiamento que era efectuado aos hospitais baseava-se essencialmente pelos custos que estes apresentavam, não existia um controle efectivo dos gastos.

Esta situação, não se podia manter e houve uma alteração em 1980 com uma tentativa de contenção de gastos com a introdução de taxas moderadoras, sendo iniciada, em 1981, a utilização de rácios de doentes por especialidade como modo de pagamento a entidades de saúde.

Este sistema já apresentava sinais positivos mas ainda subsistiam falhas ao nível do *casemix* do hospital, isto é, o coeficiente de ponderação da produção de um hospital era rudimentar.

Em 1987, tenta-se implementar um modelo de financiamento baseado na produção prevista e o conceito de Grupo Diagnóstico Homogéneo (GDH). Privilegia-se este conceito como medida do case-mix passando o financiamento a ser realizado em função da produção ajustada do case-mix a todos os tipos de produção hospitalar.

Depois do sucesso da tentativa é então introduzido, em 1990, o conceito de GDH. Definia-se deste modo a operacionalidade da produção de um hospital e classificava-se os episódios agudos.

5.1.3 A história dos GDH

Foram Robert B. Fetter e John Thomson (1979), dois investigadores da Universidade de Yale nos Estados Unidos que desenvolveram um sistema de classificação de doentes internados em hospitais que recebiam casos de agudos. Consistia no estabelecimento de um preço fixo baseado no custo médio dos cuidados de agudos de um determinado diagnóstico, modificado por variações geográficas e outras variáveis controláveis.

Segundo Queirós (2000), a filosofia que presidiu à construção deste sistema de classificação assenta na seguinte premissa: doentes com problemas similares obtêm tratamentos sensivelmente iguais no interior de um hospital, uma vez que requerem padrões semelhantes de recursos que, ao serem adequadamente descritos permitem a sua inventariação, medição e comparação.

Este sistema deve ter as seguintes características:

- Ter um número manuseável de classes
- Cada GDH deve ser clinicamente relevante e coerente
- Cada GDH deve conter doentes com padrões semelhantes de consumo de recursos.

O sistema foi implementado para controlar os custos do programa *Medicare* que tinha sido criado em 1965 para garantir cobertura a pessoas idosas.

O *Medicare* começou a utilizar desde 1 de Setembro de 1983 como base do sistema de pagamento prospectivo do internamento. O interesse internacional aumentou, principalmente, devido à sua aparente capacidade de suster os custos hospitalares (Thorpe, 1987).

Os resultados verificaram-se logo no primeiro ano, pois resultaram numa diminuição de dois dias de demora média, resultando uma nítida contenção de custos.

A decisão de se adoptar este sistema no *Medicare* revelou-se determinante na evolução dos GDH e nas soluções de financiamentos para os hospitais.

Os denominados “Diagnosis Related Groups” (DRGs) (Averil, 1985) criaram uma nova definição do perfil nosológico dos hospitais (case-mix), e na gestão baseada no controle dos consumos como também no controlo do processo do trabalho médico (Fetter e Freeman, 1986)

O conceito DRG acabou por ganhar força em muitos países graças à sua capacidade de comportar os custos Hospitalares levando a que na actualidade seja um dos métodos mais adoptados.

Actualmente existem no mercado outros tipos de sistemas que são usados para classificar doentes, exemplos destes são CSI (Computerized Severity Index), o PMC (Patient Management Categories), o DS (Disease Staging) ou o AIM (Acuity Index Method). As diferenças entre estes dizem respeito à sua definição, finalidade da aplicação, momento e escala de medição, desempenho e grau de adequação.

A classificação dos episódios, por GDH, estima variáveis como diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade e sexo do doente, destino após alta e peso à nascença.

A codificação dos diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos é designada a partir da Codificação Internacional das Doenças (CID-9).

A CID-9 foi criada pela Organização Mundial de Saúde e é usada a nível global permitindo a comparação de taxas a nível internacional.

Criaram-se grandes categorias diagnósticas que englobavam as principais doenças de todas as topologias.

Foram agrupadas e descritas como o quadro 1, abaixo indica.

Quadro 1	
GRANDES CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS	
1.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO
2.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO OLHO
3.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA
4.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO APARELHO RESPIRATÓRIO
5.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO APARELHO CIRCULATÓRIO
6.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO APARELHO DIGESTIVO
7.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO SISTEMA HEPATOBILIAR
8.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E TECIDO CONJUNTIVO
9.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DA PELE, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO E MAMA
10.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES ENDÓCRINAS, METABÓLICAS E DA NUTRIÇÃO
11.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO RIM E DO APARELHO URINÁRIO
12.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO APARELHO GENITAL MASCULINO
13.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO APARELHO GENITAL FEMININO
14.	GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO
15.	RECÉM-NASCIDO E LACTENTES COM AFECÇÕES DO PERÍODO PERINATAL
16.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES DO SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS E DOENÇAS IMUNOLÓGICAS
17.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES MIELOPROLIFERATIVAS (SISTÉMICAS OU DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA)
18.	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (SISTÉMICAS OU DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA)
19.	DOENÇAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS
20.	USO DO ÁLCOOL E DISTÚRBIOS MENTAIS ORGÂNICOS INDUZIDOS POR ÁLCOOL OU DROGA
21.	TRAUMATISMOS, INTOXICAÇÕES E EFEITOS TÓXICOS E DROGAS
22.	QUEIMADURAS
23.	FACTORES COM INFLUÊNCIA NO ESTADO DE SAÚDE E OUTROS CONTACTO COM SERVIÇOS DE SAÚDE

Fonte: ACSS

Segundo Urbano e Bentes (2000), a definição de coerência clínica diz respeito à justificação médica para as diferenças de intensidade de recursos, pelo que é necessário que todas as características clínicas do doente, que se espera poderem vir a afectar consistentemente a intensidade dos recursos, sejam incluídas na definição do seu GDH, excluindo-se aquelas que, também segundo o ponto de vista clínico, não se espera poderem afectar de modo significativo a intensidade dos recursos.

No início dos GDHs todos os possíveis diagnósticos principais foram divididos em 23 Grandes Categorias Diagnosticas (GCD), elaboradas de modo a corresponderem, em geral, a um aparelho ou sistema principal (ex.: aparelho circulatório, aparelho

digestivo), uma vez que a maioria dos cuidados prestados em meio hospitalar está, genericamente, organizada em função do aparelho ou sistema afectado e não tanto pela etiologia (Urbano e Bentes, 2000).

As 23 GCDs abrangem todo o espectro de doentes tratados e são mutuamente exclusivas, excepção feita às GCD,s 12 e 13, respectivamente, que são doenças e perturbações do sistema reprodutor masculino e feminino, que incluem alguns diagnósticos comuns, envolvendo problemas uro-genitais (Urbano, Bentes e Queirós, 2002).

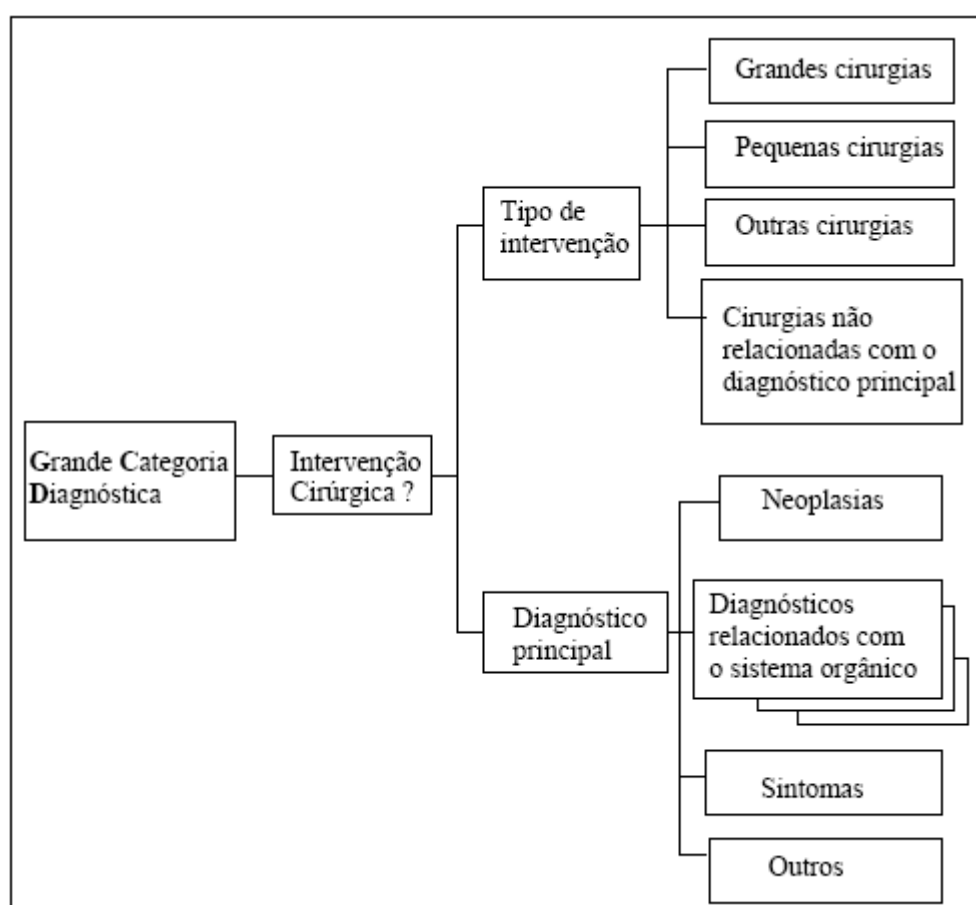
Após a definição das GCDs iniciou-se a formação dos GDH,s procedendo à divisão da base de dados segundo os diagnósticos principais, tomando-se como diagnóstico principal aquele que, após avaliação clínica do doente, origina o seu internamento.

Cada GCD é ainda avaliada de acordo com a existência ou não de uma intervenção cirúrgica, facto particularmente relevante pelas implicações e custos associados à mobilização de bloco operatório, sala de recobro, cuidados intensivos, entre outros.

Para as *GCDs cirúrgicas* encontramos um critério de categorização que as subdivide em grandes cirurgias, pequenas cirurgias, cirurgias não relacionadas com o diagnóstico principal e outras cirurgias.

Para as *GCDs médicas* foram definidos quatro sub-agrupamentos, a saber: neoplasias, sintomas, situações específicas relacionadas com o respectivo aparelho ou sistema e outros. Na figura 4, temos uma estrutura típica de uma grande Categoria de Diagnostico

Figura 4
Processo de construção dos GDH,s



Fonte: DDSFG-IGIF, 1998 (apresentado por Queirós, 2000)

5.1.4 Os grupos de diagnóstico homogéneos em Portugal

Foi a partir do conceito Diagnosis Related Groups (DRGs), originalmente concedido e operacionalizado nos EUA, que se formou, em Portugal, o conceito de GDH.

Os Diagnosis Related Groups (DRGs), conhecidos em Portugal como Grupos de Diagnóstico Homogéneos são construídos com base em diagnósticos clinicamente coerentes e homogéneos nos recursos que são aplicados. Formam-se perfis terapêuticos dos doentes, analisam-se os seus possíveis consumos e caracterizam-se os grupos.

A introdução dos GDH em Portugal permitiu a recolha em todos os hospitais de agudos da informação relativa à casuística tratada.

A informação dos GDH disponibiliza aos administradores ferramentas de interpretação da produção hospitalar permitindo melhor comunicação com os médicos de forma a estabelecer-se objectivos.

Permite a criação de bases de dados nacional que habilitam a realização de estudos epidemiológicos, de qualidade, de morbilidade, e realização de estudos estatísticos

Foi em Março de 1984 que foi dado início um projecto destinado a implementar os Grupos de Diagnósticos Homogéneos em Portugal. Formou-se uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale. Este projecto conta com a ajuda técnica de uma equipa daquela Universidade, liderada pelo Prof. Robert Fetter, o grande responsável pelo desenvolvimento dos GDH.

Foi definido um plano de trabalho, faseado de acordo com os seguintes propósitos:

- testar a possibilidade técnica de formar GDH, a partir da informação contida nos resumos de alta dos nossos hospitais;
- avaliar a consistência técnica dos GDH portugueses; se as relações entre as variáveis que definem os grupos (diagnósticos, intervenções, idade, sexo, destino após a alta), verificadas nos EUA são, também, válidas em Portugal;
- desenvolver um modelo de determinação de custos para os hospitais portugueses;
- desenvolver um sistema de informação baseado nos GDH

Relativamente às duas primeiras fases, foi construída uma base de dados relativa a 108.494 doentes de 16 hospitais, saídos no período de Janeiro de 1983 a Março de 1984.

Foi enviada, à Universidade de Yale que procedeu ao agrupamento dos doentes em GDH, utilizando as ferramentas aplicadas no sistema americano. A informação foi analisada em detalhe e permitiu concluir que:

- os elementos necessários para classificar os doentes em GDH estava, em geral, disponível nos resumos de alta dos nossos hospitais, embora numa forma não compatível com o sistema americano, nomeadamente: os diagnósticos portugueses foram codificados na versão CID-9 e, mesmo com a utilização de uma tabela de conversão para a CID-9-MC, em 10,5% dos doentes subsistiram problemas; as intervenções cirúrgicas foram codificadas através de uma tabela desenvolvida localmente, sendo necessária a sua conversão para a CID-9-MC, o que provocou problemas de interpretação; a base de dados não era representativa do país, dado que só incluía hospitais do Norte e do Centro (no Sul não se fazia codificação das intervenções cirúrgicas); cerca de 8% dos casos constantes na base de dados não puderam ser agrupados, por erros diversos, incluindo erros de codificação notórios.
- no que se refere à avaliação da consistência dos GDH formados, observou-se que: o tempo de internamento nos hospitais portugueses era superior ao verificado nos hospitais americanos, mas de uma forma consistente entre os diversos GDH; os GDH portugueses apresentavam menor homogeneidade que os americanos (medida por maiores coeficientes de ponderação), embora os GDH com maior variação em Portugal, fossem, também, os que apresentavam maiores variações nos EUA; a hierarquia das intervenções cirúrgicas observada, era semelhante nos EUA e em Portugal; os doentes com patologias associadas e complicações substanciais permaneciam mais tempo no hospital, bem como aqueles com diagnósticos de malignidade, tanto em Portugal, como nos EUA.

Em 1985, e depois de identificados os problemas com a base de dados inicial, foi organizada uma segunda base de dados, contendo 115.584 resumos de alta de 17 hospitais, com o objectivo de reavaliar a viabilidade técnica e a consistência dos GDH. Este estudo produziu resultados muito melhores, tendo a equipa de Yale considerado suficiente a validação técnica.

Quanto à criação de um modelo de determinação de custos por GDH, foi desenvolvido um modelo experimental. Para o testar, obteve-se a colaboração voluntária de 3 hospitais, tendo-se construído uma base de dados com a seguinte informação:

- resumos de alta relativos a todos os doentes saídos durante um ano;
- elementos contabilísticos relativos às despesas por centro de custos;
- indicadores que permitissem separar os custos dos doentes internados e em ambulatório;
- indicadores para a imputação de custos dos centros de custos iniciais (não directamente relacionados com o tratamento dos doentes) aos centros de custo finais (não directamente relacionados com o tratamento de doentes).

Com base nestes dados, o grupo de Yale determinou os custos por GDH para aqueles três hospitais, tendo sido identificados, como principais problemas, a não standardização do conteúdo dos centros de custos das unidades de medida de produção e das unidades de imputação dos custos, e ainda que alguns elementos fundamentais para o modelo de custos não eram recolhidos por rotina.

No seguimento dos estudos de validação conduzidos em colaboração com a equipa de Yale, e com o objectivo de criar as condições necessárias ao correcto agrupamento de doentes em GDH e à determinação dos seus custos, foram desencadeadas, a partir de 1987, um vasto conjunto de actividades, nomeadamente:

- aceitação, em todos os hospitais, da Codificação Internacional das Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC), para diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos.
- formação de médicos em técnicas de codificação (até final de 1993, 550 médicos frequentaram cursos de formação base, dos quais cerca de 400 receberam acções de reciclagem e de actualização na nova versão dos GDH);

- desenvolvimento de um resumo de alta normalizado, que está a ser utilizado por todos os hospitais.
- desenvolvimento de uma aplicação informática para o agrupamento dos doentes a nível de cada hospital (desde 1989 todos os hospitais procedem ao agrupamento sistemático dos doentes saídos em GDH) e que permite ainda, a produção de diversos relatórios de gestão.
- desenvolvimento de uma aplicação informática integrada para gestão da informação por GDH produzida pelos hospitais permitindo, nomeadamente, o cálculo do financiamento das instituições, a produção de relatórios de carácter nacional e a determinação dos preços nacionais dos GDH.
- desenvolvimento de um modelo de estimativa de custos por doente e por GDH que combina elementos da contabilidade analítica dos hospitais com ponderações médias de consumo por GDH desenvolvidas nos EUA.
- desenvolvimento de tabelas de coeficientes de valor relativo, para os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica (em curso).

Em Janeiro de 1989, iniciou-se um período de transição para a implementação de um novo sistema de financiamento do internamento hospitalar. Este sistema, que entrou em vigor em 1990, tem permitido considerar a casuística dos hospitais expressa em GDH, como um elemento determinante do volume de recursos financeiros a atribuir-lhes, contribuindo, assim, para um financiamento mais justo e equitativo.

Em termos gerais, o modelo implementado comportava duas modalidades distintas consoante a entidade financiadora é o Serviço Nacional de Saúde (responsável, em média, por 85% dos doentes), ou Subsistemas de Saúde e outros Sistemas Privativos (responsáveis, em média, por 15% dos doentes).

A primeira componente assumia a forma de um orçamento global baseado em preços por GDH diferenciados por hospital e com mecanismos de controlo do nível global de despesa do SNS. No primeiro ano de implementação do sistema (1990) o preço por GDH de cada hospital estabeleceu-se mediante uma combinação entre o seu próprio custo médio por doente e o custo médio por doente a nível nacional (respectivamente 90% e 10%). Em 1991 evoluiu para 85%-15% e em 1992 a combinação 80%-20% passou a aplicar-se em relação ao grupo em que cada instituição ficou integrada para efeitos de financiamento, em vez da média nacional. Em 1993 a combinação situou-se em 75%-25%, tendo-se mantido para 1994.

A segunda componente assumia a forma de pagamentos por doente, com base em preços nacionais por GDH, e com ajustamentos aplicáveis em situações de excepção. Efectivamente, os doentes de curta e de longa duração (cujos tempos de internamento são consideravelmente diferentes da média do GDH a que pertencem) e os doentes transferidos têm um consumo de recursos hospitalares que se afasta do consumo típico dos doentes do mesmo grupo, pelo que as regras para o seu pagamento são estabelecidas de forma a reflectir esse afastamento. Esta componente deixou de ser utilizada com a extinção do acordo do Ministério da Saúde, com os subsistemas de saúde em 2006.

5.1.5 Os GDH em ambulatório

A tecnologia tem evoluído até ao ponto em que hoje é exequível tratar o doente num curto período de tempo. Perante esta evolução sentiu-se a necessidade de estabelecer novas formas de definir a produção associada a estes episódios e de os classificar. É no seguimento desta situação que é introduzido o conceito de GDH para Ambulatório associado à linha de produção Hospital de Dia. A justificação para a associação a esta linha de produção está no facto de esta se caracterizar como sendo o serviço hospitalar onde os doentes recebem, por um período de tempo inferior a 24 horas, cuidados de saúde de forma programada.

A designação Ambulatório é um conceito caracterizado por estar associado a doentes que permanecem numa entidade prestadora de saúde um período inferior a 24 horas.

Assim, o conceito GDH de Ambulatório surge como uma adaptação do conceito de GDH aos episódios de curta duração. Ao conceito de GDH de Ambulatório estão ainda associados os conceitos Cirurgia de Ambulatório e Ambulatório Médico.

O Ambulatório Médico é classificado em termos de GDH e a sua respectiva facturação.

Para cada GDH corresponde um ou mais actos realizados com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, num período inferior a 24 horas. Ao nível da facturação só pode existir um GDH por dia, que pondera todos os actos da mesma sessão.

A Cirurgia de Ambulatório é definida como uma intervenção programada, realizada sob o efeito de anestesia geral, loco regional ou local, que, habitualmente, era realizada no

regime de internamento mas segundo condições de segurança próprias pode ser realizada num período de admissão e alta inferior a 24 horas.

Não se deve confundir este regime de cirurgia com a pequena cirurgia, que é uma intervenção cirúrgica com valor de K inferior a 50, conforme tabela da Ordem dos Médicos.

É argumentado que uma pequena cirurgia não se pode classificar de intervenção cirúrgica, e, portanto validar um episódio de cirurgia do ambulatório quando:

- não seja realizado por cirurgião(ões)
- não seja realizado em sala operatória
- seja realizado sem anestesia

E onde se depreende que um episódio de cirurgia do ambulatório é inválido se:

- for registado como internamento ou como ambulatório médico
- não for programado
- ultrapassar uma demora de vinte e quatro horas

5.1.6 Conclusão

Os GDH são um sistema de classificação de doentes que permite descrever, operacionalmente, os produtos do hospital, a partir das características dos doentes que recebem conjuntos similares de outputs hospitalares.

Através dos GDH, os hospitais podem conhecer melhor os doentes que tratam e os seus custos e, dentro de certos limites, também os serviços prestados. Os GDH são, assim, um importante veículo de diálogo entre os gestores e os médicos ao permitirem, a estes, o conhecimento das consequências financeiras do tratamento dos doentes e, àqueles, o reconhecimento das características clínicas que influenciam o consumo de recursos hospitalares

Embora se reconheça que o sistema de pagamento do consumo de recursos baseado nos GDHs – sistema prospectivo possa conter algumas fragilidades, como a possibilidade de o prestador ser tentado a manipular o processo de modo a poder obter a maior receita possível, recusando doentes que impliquem custos mais elevados, ou admitindo doentes cujo tempo de internamento fica, previsivelmente, abaixo do limiar superior calculado, Pita Barros (1999) reconhece que, por esta via e no caso de se pretender acrescentar eficiência tecnológica, as vantagens inerentes ao sistema prospectivo baseado nos GDHs superam os potenciais inconvenientes.

“O pagamento prospectivo é definido como um pagamento fixo para um determinado diagnóstico, que é independente dos custos realmente tidos com o caso. O valor reflecte o custo “normal” de tratamento para o diagnóstico em causa. É um sistema que dá fortes incentivos à procura de eficiência: como a receita é fixa, qualquer poupança de custos que seja realizada pelo prestador traduz-se em ganho próprio”.

Os GDH são, também, úteis na garantia da qualidade e na revisão de utilização na medida em que permitem, por exemplo, a realização de análises de desvios, identificando casos que estejam a consumir níveis de recursos anormalmente baixos ou elevados.

Finalmente, os GDH permitem que os hospitais sejam pagos de uma forma mais equitativa e, a nível de cada um, que os recursos do financiamento sejam distribuídos pelos diversos serviços de internamento, de acordo com a complexidade e com os custos relativos dos doentes que tratam.

Segundo Jorge Simões (2010) “É nosso entender que seria importante tornar obrigatória a codificação da produção em GDH para os hospitais privados. O número de hospitais privados tem crescido enormemente no nosso país e não existe uma base de dados nacional que nos permita comparar as realidades dos sectores públicos e privado. Esta situação não contribui para a transparência dos processos entre instituições nem entre os consumidores.

6.1 Cirurgia em regime de ambulatório

6.1.1 Introdução

O âmbito deste trabalho é procurar transferir um número apreciável de doentes cirúrgicos que antes eram operados em regime de internamento para o regime de ambulatório, tratando-os com idêntica segurança e no mínimo com a mesma qualidade.

O conceito de Cirurgia de Ambulatório surgiu no início dos anos 60 nos EUA com David Cohen e John Dillon, que introduziram um princípio que preside a toda a Cirurgia de Ambulatório, que é a "Segurança".

As cirurgias efectuadas por médicos cirurgiões são realizadas em regime de internamento ou em regime de ambulatório.

Existe uma diversidade de intervenções, ainda hoje realizadas em regime de internamento, que podem ser efectuadas em regime de ambulatório, constituindo a cirurgia de ambulatório. Quando é realizada uma boa selecção dos doentes pelo cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo anestesista, com escolha adequada da técnica anestésica, há todas as condições para se realizar em ambulatório e não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento.

Efectivamente, a sua prática é possível em virtude dos avanços da ciência Médica no domínio da anestesiologia, nas técnicas e materiais empregues na cirurgia e, também, pela melhoria perceptível do nível cultural da população.

O tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio familiares, económicos e psicológicos para o doente, para além de, eventualmente, reduzir os custos.

Uma Cirurgia de ambulatório é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas.

Nos últimos 30 anos, os países desenvolvidos adoptaram a cirurgia em regime de ambulatório como a grande prioridade de políticas no sector da saúde visando o aumento da efectividade, da qualidade dos cuidados de saúde e da eficiência na organização hospitalar. A cirurgia em regime de ambulatório tornou-se a área de maior expansão cirúrgica.

Temos que encarar que a medicina evoluiu extraordinariamente, e assim foram sendo criadas condições para que a cirurgia de Ambulatório seja a cirurgia do futuro. No passado era regra a cirurgia convencional ser em regime de internamento e para o não ser tinha que se justificar para ser em regime de cirurgia de ambulatório. A prática recomendada no futuro é contrária, só em casos de extrema necessidade e mediante justificação a cirurgia será em internamento.

Segundo Seca (2002) a Cirurgia Ambulatória permite “tratar um número significativo de patologias e de pacientes, por um custo significativamente inferior, libertando camas e tempos do Bloco Operatório Central que deverão ser utilizados para o tratamento de patologias mais graves contribuindo de forma significativa para a redução das listas de espera”.

Não podemos circunscrever a vantagem deste tipo de regime só em medidas economicistas. A cirurgia em ambulatório está mais consonante com os tempos actuais.

Conforme refere Morales (2002), “um campo onde se estabelece uma relação com o doente mais em consonância com a realidade actual, menos paternalista e mais negociada, a possibilidade de informação ao doente, a capacidade de decisão, de eleição e consideração pelas suas condições sociais e psicológicas constituem a pedra angular desta modalidade assistencial”.

Esta tomada de atitude implica alterações organizacionais. A racionalização da despesa em saúde com as mudanças de impacto social motivam a escolha da cirurgia em regime de ambulatório como a escolha certa a tomar, nos tempos que nos apresentam.

O impacto na organização nos hospitais com a aposta no regime de ambulatório verifica-se ao nível financeiro e organizacional.

Os hospitais têm de alterar as suas estruturas de modo a criarem sinergias para uma prestação de qualidade neste regime. Um investimento que se irá traduzir em vantagens futuras. O incremento da qualidade, a redução da lista de espera cirúrgica e a racionalização da despesa em saúde são as vantagens mais evidentes que resultam da implementação deste regime no sector da área hospitalar.

Há controvérsia, ao nível dos utentes de cuidados de saúde, mas estudos demonstram que as vantagens inerentes a este regime são muitas, com benefícios evidentes na qualidade do bem-estar dos utilizadores, nomeadamente a menor taxa de complicações pós-operatórias (dor, trombo-embolismo, infecção nosocomial), a redução do stress aos utentes, a recuperação no ambiente familiar, regresso mais rápido às actividades diárias (vida familiar e actividade profissional) e um mais fácil acesso dos doentes à cirurgia.

6.1.2 Vantagens da cirurgia em regime de Ambulatório

A cirurgia em regime de ambulatório proporciona vantagens a todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde, quer ao utente (qualidade, acessibilidade, humanização), os profissionais de saúde (satisfação) e às entidades financiadoras (custos).

As vantagens da cirurgia em regime de ambulatório são inúmeras, toda a sociedade é beneficiada por este regime, desde aos profissionais de saúde, às instituições de saúde, até aos utentes. Com a realização de um vastíssimo número de operações em regime de ambulatório é possível garantir-se a mesma qualidade e segurança que quando os doentes são internados.

1. Uma maior poupança nos gastos da Saúde. É vulgarmente referido poupanças que andam à volta dos 40 a 80% dos custos quando essas mesmas operações são efectuadas em regime de ambulatório.

2. Uma redução das listas de espera cirúrgicas. Na verdade a organização destes programas permite uma elevada eficiência e um claro aumento de produtividade com reflexo nas listas de espera cirúrgica no SNS; a promoção da cirurgia de ambulatório poderia contribuir decisivamente para a resolução deste grave problema social não só

por actuar nas suas raízes (pelo aumento da produtividade) mas por ser uma solução mais racional do ponto de vista económico (tem menores custos que os programas de recuperação de lista de espera promovidos nos últimos anos por diferentes equipas governativas).

3. Uma menor possibilidade de complicações, quer sejam decorrentes do ambiente em que os doentes se encontram (menor possibilidade de contraírem infecções de origem hospitalar por menor contacto com outros doentes que possam ser portadores de infecções graves), quer sejam resultantes da própria operação (a recuperação mais rápida dos doentes que evita que estes se encontrem por tempos prolongados no seu leito, permitirá reduzir a incidência de complicações na circulação sanguínea, no coração, nos pulmões, nos intestinos, etc).

4. Uma maior disponibilidade de camas nos hospitais para outros doentes, melhorando a eficácia dos serviços de saúde no tratamento de doentes com problemas mais graves.

5. Mais rápida integração familiar e socioprofissional possibilitando o apoio e o conforto da família de uma forma quase imediata que, se é importante para todos, se tornam fundamental quando pensamos em crianças e idosos; a possibilidade de um início da actividade profissional mais rápida, em virtude da evolução da tecnologia e aliada a uma maior motivação e incentivo para o retomar da vida diária normal é outro aspecto muito importante, e que tem impacte económico e social muito significativo.

6. Uma maior humanização no atendimento ao doente, através de um serviço geralmente realizado em unidades de ambulatório, sem a dimensão dos grandes Hospitais em que a humanização é mais difícil de obter, com equipas de profissionais motivados e empenhados num serviço de qualidade com grandes preocupações na informação e esclarecimento aos doentes.

Calcula-se que mais de 65% de todas as operações não urgentes possam ser realizadas em regime de ambulatório. Naturalmente que existem excepções. Aqueles que são portadores de doenças cardíacas ou respiratórias graves, que fazem determinado tipo de terapêuticas (doentes a fazer hemodiálise, a necessitar diariamente de insulina, a fazer medicamentos que exigem controle num Serviço de Sangue), ou com grande instabilidade psicológica não devem ser incluídos num programa deste tipo.

Apesar das inúmeras vantagens, a introdução e o desenvolvimento da cirurgia em regime de ambulatório demorou algum tempo a ter aceitação em Portugal. Há muitos anos que vários países Europeus e da América do Norte, conjuntamente com a Austrália apostaram fortemente no regime de ambulatório (Quadro 2).

Quadro 2

Ranking dos países por cirurgia de ambulatório (%)

Países	Cirurgia de ambulatório(%)
Estados Unidos da América	90,5
Canadá	70
Reino Unido	65
Dinamarca	60
Noruega	60
Holanda	50
Austrália	50

Fonte: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2007)

Com o aumento do número de unidades que efectuem cirurgias em regime de ambulatório, permite a redução das listas de espera (SNS e privados), do tempo de espera para uma cirurgia e reduz-se o número de internamentos efectivos. Permite, uma utilização mais apropriada do espaço e uma menor taxa de complicações para o doente (infecções nosocomiais e trombozes) resultando num baixo custo para uma elevada eficácia.

Nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde é utilizado o sistema de classificação de doentes em Grupos de Doentes de Ambulatório (GDA) e à sua utilização para financiamento, tem vindo a ser aplicada uma tabela de preços específicos para cirurgias de ambulatório, com base no sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH). Com o objectivo de considerar a maioria das situações tratadas em Cirurgia de Ambulatório, a ACSS revê, com regularidade, o número de GDH que contempla estas cirurgias bem como os respectivos preços. De acordo com a base de dados nacional dos GDH, em 1998, já existiam preços para cerca de 90 % das cirurgias de ambulatório efectuadas nos hospitais do SNS. Está assim, garantido o incentivo para o recurso a este regime de tratamento. Embora estes

preços sejam ligeiramente inferiores aos dos GDH de internamento, o tratamento de mais doentes pela cirurgia de ambulatório traduzir-se-á, naturalmente, num acréscimo de receita para os hospitais.

Consta, no Quadro 3, uma listagem de intervenções cirúrgicas que poderão ser efectuadas em Ambulatório.

Quadro 3

Intervenções cirúrgicas que poderão ser efectuadas em Ambulatório
Adenoidectomia
Amigdalectomia
Artroscopia
Biópsias
Biópsias prostáticas, penianas e testiculares
Excisão de catarata
Excisão de chalásio
Cirurgia nervosa periférica
Excisão de cisto pilonidal
Desobstrução das vias lacrimais
Fasciectomia por Doença Dupuytren
Circuncisão
Fístulas arteriovenosas para hemodiálise
Hemorroidectomia / Fissurectomia / Fistulectomia
Herniorrafia
Histeroscopia
Laparoscopia
Laqueação tubar laparoscópica
Excisão de lesão meniscal
Cura sindactilia
Miringotomia
Excisão de nódulo da mama
Orquidopexia
Encerramento de fenda labial
Polipectomia laríngea e nasal
Procedimentos nas glândulas salivares
Excisão de pterígeos
Excisão de quisto sinovial
Excisão de cicatriz
Excisão de tumor cutâneo e subcutâneo
Alargamento do túnel do carpo
Excisão de varicocelo e hidrocelo
Laqueação e excisão de vasos
Vasectomia
Ventilação transtimpânica

Fonte: Elaboração do autor

6.1.3 Cirurgia de ambulatório em Portugal

A história da cirurgia ambulatória em Portugal é relativamente recente, remontando ao início dos anos 90, quando alguns hospitais procuraram introduzir programas organizados nesse regime. Destacaram-se os Hospitais Gerais de Santo António no Porto e São Pedro em Vila Real e outros se seguiram mas a expressão nacional na altura não era expressiva, Nesta década as cirurgias em ambulatório (CA) situava-se no início na ordem dos 5.5% para passar a 8,9%.

Quadro 4

Evolução da % CA no total de cirurgias ^(*)						
	1980	1985	1993/6	1997	2006	Taxa cresc. anual ^(**)
EUA	16,7%	34,5%			83,5%	2,33%
Suécia			20 a 25%		50,0%	2,39% (a)
Noruega			20 a 25%		48,0%	2,22% (a)
GB					62,5%	
Espanha					28 a 44%	
Portugal				8,9%	20,0%	1,23%

(*) Regra é usar orçário CA/Cirurgias programadas, provavelmente alguns dos valores referem-se a esteatício.
 (**) Taxa simples = diferencial em %/Anº anos; (a) Considerámos o valor médio e o nº médio de anos.

Fonte: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2007)

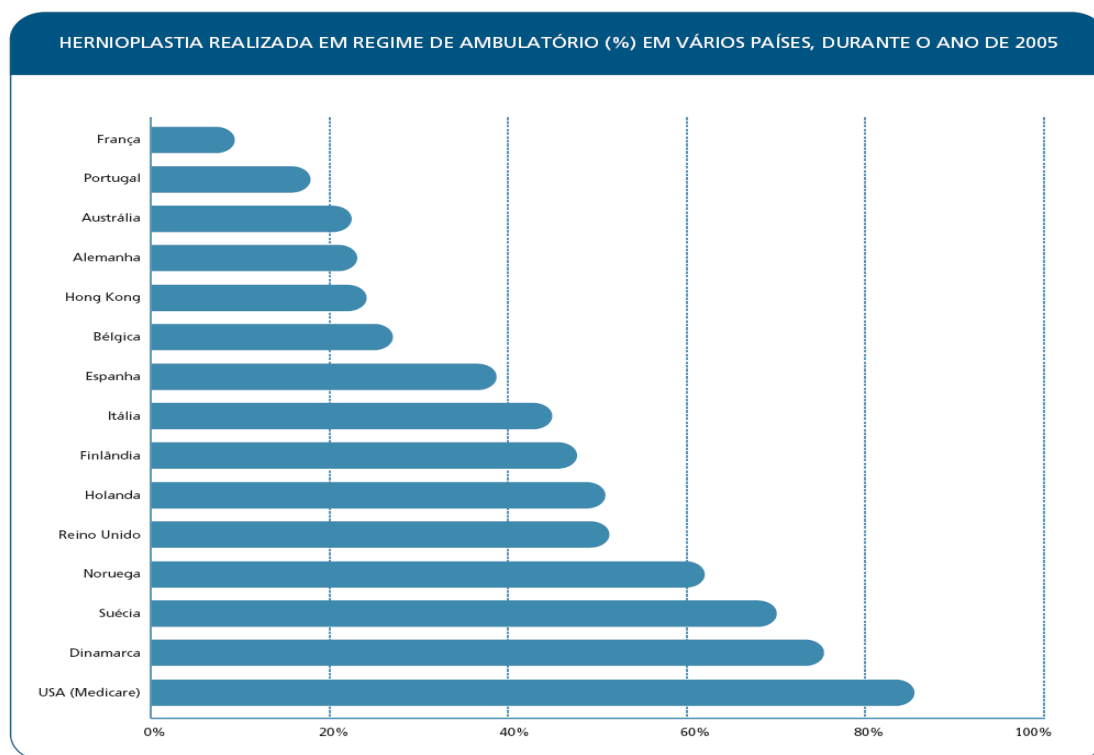
De acordo com o quadro 4, Portugal em 10 anos progrediu mas encontrando-se muito abaixo dos países de referência em cirurgias de ambulatório.

De forma a poder-se alterar esta tendência e seguir-se o caminho dos países desenvolvidos, surge em 1998, a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, entidade que divulga a cirurgia de ambulatório, assim como a defesa e a promoção nos aspectos educacionais e da formação dos seus associados.

Ainda há renitência, consoante o tipo de cirurgia. Consideram-se cirurgias mais “aptas” para poderem ser efectuadas em regime de ambulatório.

Em 2005 temos dois tipos de cirurgia realizadas em ambulatório, onde a taxa de penetração é diferente, na hernioplastia na ordem dos 18% e nas cataratas, pouco acima dos 50%. A taxa explica a atitude perante o tipo de cirurgia mas a nível dos países continuamos no fundo da tabela.

Quadro 5

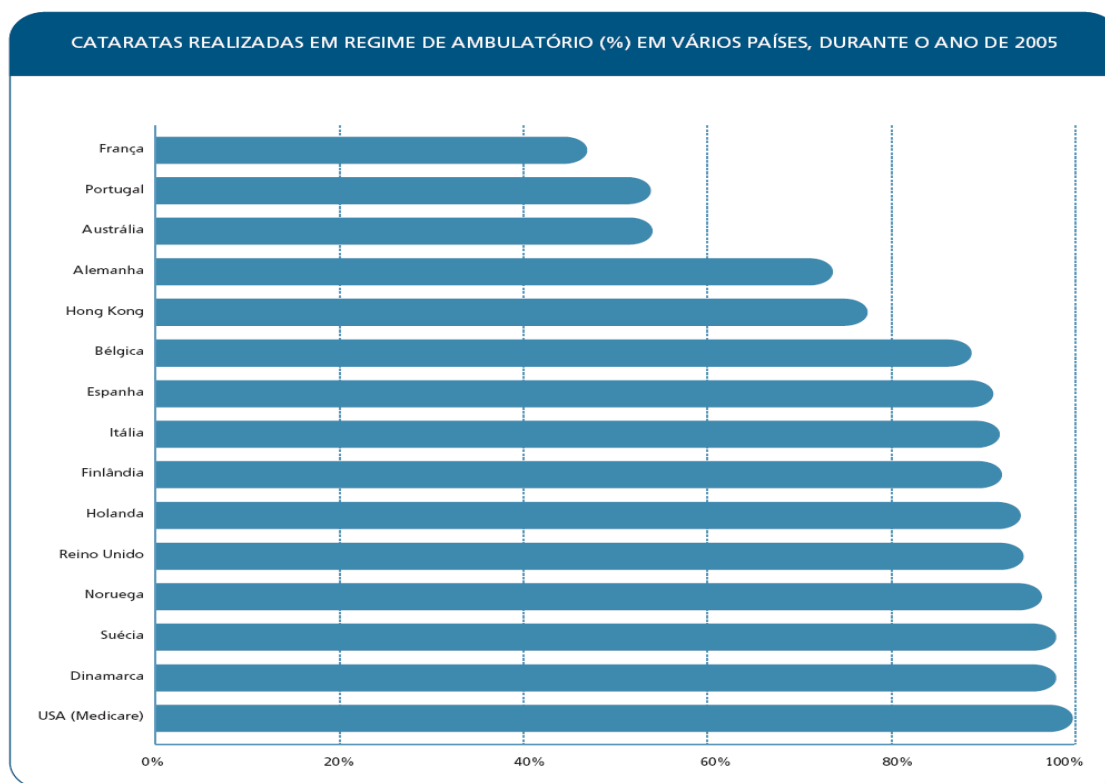


Fonte: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2007)

Os quadros 5 e 6 elucidam a maneira como são abordadas os vários tipos de cirurgia. Esta realidade tem de acabar. Os utentes e os médicos precisam estar em sintonia com esta nova realidade, pois a cirurgia em ambulatório realizada com todos os requisitos necessários só trazem benefícios para todos.

Na resolução do Concelho de Ministros nº 159 A/2008 é deliberado incentivar-se cada vez mais a cirurgia em regime de ambulatório.”Estabelecer a realização de uma campanha de sensibilização para a cirurgia de ambulatório, visando a dar a conhecer aos profissionais e à população em geral a importância e vantagens da implementação deste regime de cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde”.

Quadro 6



Fonte: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2007)

Pode verificar-se que 10 dos 16 países incluídos no inquérito mundial da International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) [20], apresentavam valores próximos ou superiores a 90% de cataratas realizadas em regime de ambulatório.

Aliás, os Estados Unidos da América apenas se permitiam fazer em regime de internamento, 0,2% de todos os doentes submetidos a cirurgia de catarata. Portugal (53,9%) estava muito próximo da França (54,1%), relegando desta vez para último lugar, Hong Kong (47,0%). Contudo, como atestava o quadro 5 e 6, Portugal tinha um longo percurso a percorrer para que se aproxima-se dos níveis de produção dos restantes países.

Apesar do interesse, não existiam instrumentos suficientemente incentivadores para a prática do CA, nomeadamente enquadramento legislativo de âmbito financeiro que motivasse a realização da CA nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A Portaria nº 348-B/98 de 18 de Junho (GDH's 1998) alterou de forma expressiva a maneira de se lidar com a cirurgia de ambulatório. É a primeira portaria a fazer referência à cirurgia em regime de ambulatório.

Nasce da necessidade de regulamentar a matéria de custos após publicação do Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, que "determina que os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministério da Saúde tendo em conta os custos reais e o necessário equilíbrio de exploração".

A portaria estipula preços para:

- Internamento (por GDH);
- Cirurgia Ambulatória;
- Diárias de internamento;
- Quartos Particulares;
- Diárias em Hospital de Dia;
- Consultas;
- Urgências;
- Serviço Domiciliário;
- Meios complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT);

Ao longo dos anos foram introduzidos cada vez mais GDH com preço em ambulatório.

O quadro 7, mostra que o acréscimo de GDH em ambulatório a partir da entrada em vigor da portaria de 1998 tem sido muito interessante.

Quadro 7

Número de GDH cirúrgicos com preço em ambulatório

Ano	Nº de GDH cirúrgicos com preço em ambulatório
1998	33
2001	50
2003	71
2006	89
2009	249

Fonte: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2010)

A Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro estabelece novos números para a cirurgia de ambulatório de modo que o incentivo da sua pratica esteja bem vincado:

- Número de GDH com preço em ambulatório
- O número de GDH com preço em ambulatório aumenta 280% (incremento de 160 GDH).
- A percentagem de GDH cirúrgico com preço em ambulatório passa de 29% para 82%.

- Preço do GDH em ambulatório
- O mesmo preço do GDH em internamento e em ambulatório, acontecia apenas em 14% dos casos em que existia valor para ambulatório e em 4% de todos os GDH cirúrgicos.
- Com a revisão da Portaria, o mesmo preço do GDH em ambulatório ou internamento passa a acontecer em 34% dos casos com valor em ambulatório e em 28% de todos os GDH cirúrgicos.

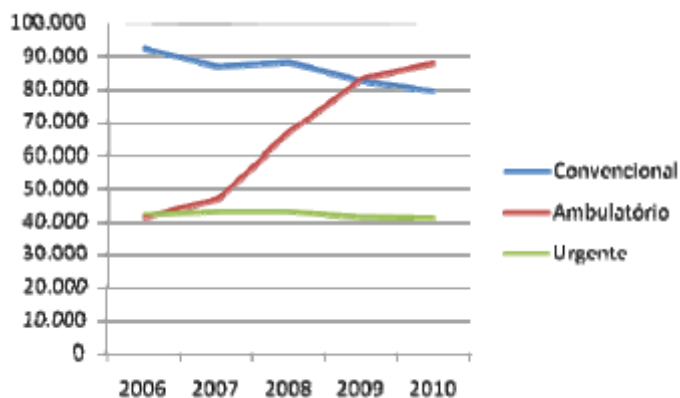
O número de GDH com preços em ambulatório tem aumentado consoante os despachos têm saído. Com o Despacho 2004, 78 GDH são codificados para CA ou seja 34% dos GDH de Cirurgia Convencional e no Despacho 2009, 249 GDH são codificados para CA ou seja 82% dos GDH de Cirurgia Convencional.

O mais recente estudo efectuado para avaliação do desenvolvimento da cirurgia em regime de ambulatório, tornaram evidente o enorme crescimento deste sistema de cirurgia.

O relatório publicado em 2010 pela Administração regional saúde da região Norte (ARS Norte), vinca a maior utilização da CA que é apresentado no gráfico 1. Acentua-se a grande subida desde 2006 até 2010 das cirurgias em ambulatório.

Gráfico 1

Relação entre o número de cirurgias em internamento (Convencional), o Ambulatório e as cirurgias de Urgencia

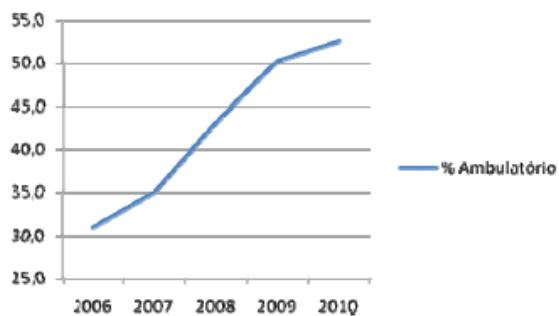


Fonte:ARS Norte (2010)

O sucesso verificado na ARS norte é expressivo como atestam os gráfico 2 e o quadro 8.

Gráfico 2

Percentagem de cirurgias efectuadas em ambulatório



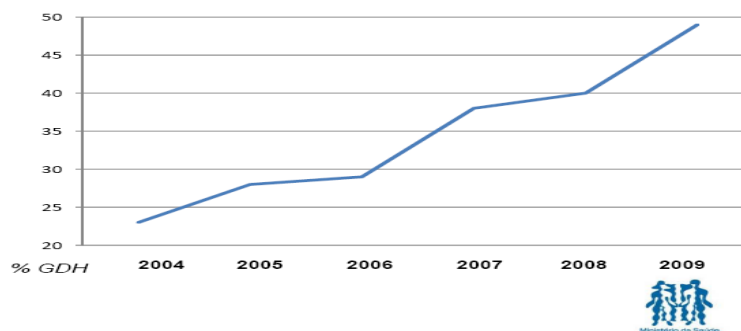
Quadro 8

Doentes Operados (medidos em GDHs)					
	Convencional	Ambulatório	Urgente	Total	% Ambulatório
2006	92.025	41.210	42.039	175.274	30,9
2007	86.455	46.490	42.808	175.753	35,0
2008	87.675	66.315	42.972	196.962	43,1
2009	82.170	82.905	41.232	206.307	50,2
2010	79.123	87.504	40.877	207.504	52,5

A meta dos 50% de cirurgias em ambulatório foi suplantada em 2010 na ARS Norte com 52,5% (Gráfico 2). A situação verificada na ARS norte é o retrato dos dados nacionais em 2009. Segundo dados da ACSS, em 2009 metade das cirurgias realizadas foram feitas em ambulatório. O doente regressa a casa em menos de 23 horas, os hospitais aumentam a produtividade e diminuem os custos com diárias, consumíveis e medicamentos. A meta dos 50% foi atingida. Para um futuro próximo aponta-se para os 60%. A tendência nos últimos anos, generalizada por todo o país tem sido de crescimento (Gráfico 3).

Gráfico 3

Taxa da Cirurgia de Ambulatório



Fonte: ACSS (2009)

As percentagens verificadas nas ARS,s são muito interessantes com a ARS Algarve com valores já próximos dos valores europeus (Quadro 9).

Quadro 9

Taxa da Cirurgia de Ambulatório			
Taxa da Cirurgia de Ambulatório	Realizado Ano 2008	Realizado 1º Semestre 2009	Var. (08/09)
Total País	41,3%	49,0%	18,6%
ARS Norte	43,1%	50,0%	16,0%
ARS Centro	40,3%	48,9%	21,3%
ARS LVTejo	38,7%	45,6%	17,8%
ARS Alentejo	42,1%	55,3%	31,4%
ARS Algarve	59,4%	63,3%	6,6%

Fonte: Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia do Ambulatório (2010)

Em cerca de dois anos, Portugal colou-se aos países europeus mais avançados em matéria de cirurgia de ambulatório. Em 2006, estas intervenções rápidas representavam 20% do total das cirurgias no país. Um ano depois foi criada a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia do Ambulatório que definiu um conjunto de medidas e investimentos necessários para atingir, em 2009, uma taxa de 50%. A meta, considerada demasiado ambiciosa por muitos, foi alcançada. A 31 de Dezembro de 2009, 213.892 doentes foram operados em ambulatório. Outros 218.289 foram sujeitos a cirurgias convencionais.

"Atingiu-se um patamar que nos coloca junto aos países mais avançados. Mudou-se a forma de estar e não há volta atrás. Agora, faz sentido ponderar qual a estratégia para o futuro", refere Fernando Araújo (2009), que lidera o grupo de trabalho para implementação das cirurgias de ambulatório. O responsável, também presidente da ARS do Norte, acredita que é possível alcançar uma taxa de 60% de cirurgias de ambulatório. "Tudo depende das medidas a tomar", acrescenta.

Ana Jorge (2010) realça que cerca de metade das cirurgias realizadas em Portugal em 2009 foram em regime de ambulatório, mais 20 por cento do que em 2008. A expectativa da ministra da Saúde, é de que este ano se alcance o 'objectivo de 60 por cento'.

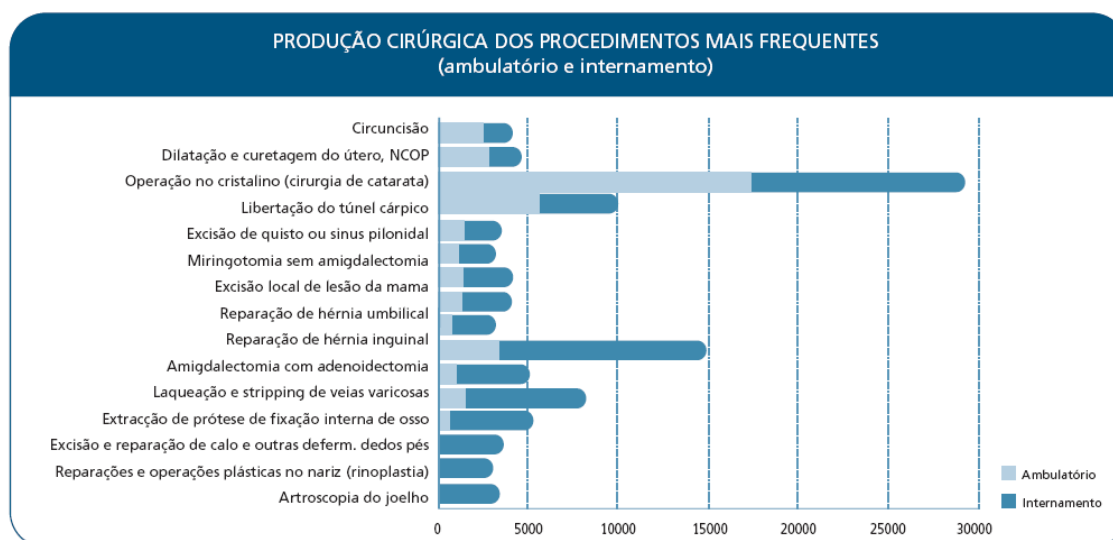
Vinte e cinco hospitais, entre os quais os de Santa Maria Maior, Alto Minho e Médio Ave já possuem taxas de cirurgia de ambulatório superior a 50 por cento.

Fernando Araujo (2010) sublinha que o investimento em 23 hospitais, num total de 25 milhões de euros, que permitiram criar e renovar os blocos de cirurgia de ambulatório, explicam o sucesso da cirurgia em ambulatório. Também as alterações ao financiamento das unidades, bem como os incentivos aos profissionais, serviram para estimular a aposta na cirurgia de ambulatório.

Os episódios de cirurgia do ambulatório são um dos três tipos de produção hospitalar actualmente codificados pela CID-9-MC e agrupados em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), sendo os outros tipos os episódios de internamento e os episódios ambulatoriais médicos.

No quadro 10, temos as cirurgias realizadas em ambulatório e internamento.

Quadro 10



Fonte: ACSS –Produção Hospitalar 2006 Portugal

Pela análise à produção cirúrgica notamos que as cirurgias são realizadas em regime de ambulatório e internamento. Esta realidade não é compatível com tempos actuais onde a maximização da eficiência dos recursos disponíveis deve ser a atitude a tomar. É evidente que as cirurgias efectuadas em ambulatório são a melhor forma de se utilizar os recursos disponíveis.

6.1.4 Utilização da cirurgia no regime de ambulatório no pagamento dos subsistemas de saúde

As cirurgias são exclusivamente em internamento quando efectuadas no âmbito do subsistemas de saúde. A inércia existente nos gestores e consultores clínicos nos subsistemas permite aos hospitais e aos seus médicos, uma tomada de posição em relação ao internamento sem sequer equacionar outro tipo de medida. É estranho que quando são solicitados no combate às listas de espera do SNS, já respondem à solicitação em ambulatório.

«O sistema privado de saúde em Portugal continua, quase na sua totalidade, apenas a ser viável se financiado pelo Estado», pode ler-se no Relatório de Primavera 2008 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde. O problema, «porque os recursos são escassos», acaba por ser a consequência directa deste facto, pois o Estado acaba por «não investir no sector público».

É evidente a pouca utilização do regime em ambulatório no pagamento dos subsistemas de saúde aos hospitais privados. A conjuntura actual não permite desperdícios e estratégias erradas no financiamento hospitalar sobre o espectro de falência dos próprios sistemas.

«A geometria dos sectores público e privado está a alterar-se de uma forma significativa. A oferta privada é agora mais abundante, geralmente de maior qualidade e, em alguns casos, tecnologicamente apetrechada, ao mesmo tempo que o sector público se tende a organizar em termos jurídicos, com vista a uma melhor gestão conducente a melhores cuidados e resultados em saúde», explica o relatório.

7.1 O sector privado na Saúde

7.1.1 Introdução

A evolução no sistema de saúde português deveu-se a um processo de modernização da administração pública simultaneamente com um interesse do sector privado em penetrar neste ramo de negócio.

A concorrência e as preocupações com a sustentabilidade do SNS com particular ênfase na contenção de custos e a necessidade de maior eficiência nos hospitais públicos portugueses foram os condutores de profundas reformas no sector público. Esta postura implica que o sector privado tem que se preparar para a maior aceitação dos consumidores pelo sector público. As estratégias a aplicar devem ser de prestar serviços ao menor preço com enorme qualidade, senão as unidades hospitalares privadas podem ter sérios problemas com a viabilidade dos seus negócios.

Em 1998, num contexto do Sector de Saúde em Portugal centrado na implementação de um conjunto de recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com o objectivo de garantir a sua cobertura, disponibilidade e sustentabilidade e decorridos cerca de 20 anos da implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Português, as entidades privadas (financiadores, pagadores e prestadores) consolidaram o seu papel enquanto operadores.

Os operadores privados assumiram, desde então, um papel complementar e/ou suplementar ao SNS que apresentava dificuldades para responder às necessidades transversais da população, passando a ter um papel, cada vez mais importante, na referida cobertura, disponibilidade e sustentabilidade do Sector da Saúde em Portugal.

A evolução recente da prestação privada de cuidados de saúde tem sido evidente. De um sector desfragmentado, composto essencialmente por pequenos consultórios individuais dedicados a cuidados em ambulatório, tem vindo a transformar-se em algo muito mais organizado, dominado por grupos económicos detentores de estruturas prestadoras de grande dimensão, onde os profissionais de saúde são, maioritariamente, assalariados. Da mesma forma, tem-se verificado um rápido crescimento dos seguros de saúde privados, que cobrem já mais de 20% da população portuguesa.

É apresentado no quadro 11, a estrutura das entidades que garantem a oferta de seguros de saúde.

Quadro 11

Estrutura da oferta do Mercado Nacional dos Seguros de Saúde, em 2008

Empresas	Quotas mercado %
Lusitania	1,6
Real Seguros	0,6
Quota Conjunta	2,2
Grupo CGD (Fidelidade Mundial, Império Bonança e Multicare*)	35,3
Grupo BCP (Occidental e Média*)	23
Grupo BES (Tranquilidade e BES Seguros)	11,7
Victoria*	8,3
Allianz Portugal	6,9
Axa Seguros	3,2
Assicurazioni Generali	2,8
Outros	6,6
Total	100

Fonte: Autoridade da Concorrência, Ccent. 35/2009 – Lusitânia/Real Seguros.

Pela figura verifica-se a enorme quota de mercado dos Grupos CGD, BES e BCP. A aposta destes grupos económicos no sector da saúde em Portugal é muito clara, em particular na área hospitalar que era, até recentemente, claramente dominada pelo SNS. Este interesse tem-se manifestado quer através da aquisição ou da construção de novas unidades hospitalares, quer através da participação nos concursos em regime de parceria público-privado.

Os quatro maiores grupos privados do sector da saúde (José de Mello Saúde, Espírito Santo Saúde, Grupo Português de Saúde e Hospitais Privados de Portugal) detêm já 19 unidades hospitalares, tendo celebrado acordos com os principais subsistemas e seguradoras, além de prestarem serviços a clientes que pagam directamente pelos serviços recebidos.

O volume de negócios, na globalidade destes quatro grupos económicos, é já muito significativo, e o seu ritmo de crescimento tem sido muito acelerado, principalmente

se se tiver em linha de conta a conjuntura difícil que a economia portuguesa atravessa. Tudo indica, assim, que, nos próximos anos, este crescimento se vai reforçar.

O crescimento dos hospitais privados em Portugal foi enorme. Actualmente os valores entre os hospitais privados de grande, média dimensão, já se compara com os hospitais públicos conforme quadro 12.

Quadro 12

	Hospitais oficiais e privados por NUTS II (2007)		
	Total	Oficiais	Privados
Norte	59	25	34
Centro	47	32	15
Lisboa	60	29	31
Alentejo	9	6	3
Algarve	8	3	5
R. A. Açores	8	3	5
R. A. Madeira	7	1	6
Portugal	198	99	99

Fonte: Instituto Nacional de Estatística-Estatísticas da Saúde(2007)

O sistema de saúde português está em permanente evolução. À medida que o SNS for recuando (mesmo não sendo posto em causa o seu carácter universal), por insuficiência de recursos face a crescentes necessidades e expectativas, o sector privado irá assumir um papel cada vez mais relevante. Por um lado, tudo indica que continuará a garantir, no âmbito do SNS, os cuidados que este indicia não ter capacidade para prestar (nomeadamente, através do estabelecimento de convenções) e, por outro, pode mesmo vir a entrar em concorrência directa com o SNS. A ser assim, as regras do jogo no seio do sistema de saúde português irão inevitavelmente alterar-se de forma radical.

7.1.2 A oferta pública versus a oferta privada

As misericórdias depois de terem sido nacionalizados em 1975 tornaram a oferta pública, a maior responsável pela prestação de cuidados hospitalares nomeadamente na prestação de serviços de internamento. Serviços de radiodiagnóstico, laboratórios de análises clínicas, e nas consultas. O sector privado tinha representação nos cuidados e nas prestações de internamento psiquiátrico e nos partos. Estes indicadores reflectiram-se até 1980, ano em que as misericórdias com o estabelecimento de novos acordos com o Estado passaram a ter novo regime.

O sector privado a partir dos anos 80 e 90 ganharam novo alento na prestação de serviços não hospitalares, com a entrada nas consultas de especialidade, cirurgia electiva e os meios auxiliares de diagnóstico, enquanto o sector público ganhava destaque nas consultas de clínica geral (médicos de família), internamento não electivo e cuidados materno-infantis.

Na área de consultas de ambulatório já em 2005/2006, o sector privado tinha a maior quota de mercado (INE 2006).

A explicação da maior amplitude do sector privado deve-se à escassez no SNS de certas especialidades como medicina dentária e cardiologia com longas listas de espera.

O sector privado assume papel preponderante na prestação de certos serviços que requerem a posse de equipamentos tecnológicos. Tem investido mais nas camas disponíveis, nos equipamentos de endoscopia, angiografia, imagiologia convencional, ecografia, ressonância magnética e de tomografia axial. O sector público com a diminuição da sua oferta de camas e nos equipamentos como a imagiologia e ecografia favorece a entrada do sector privado..O sector público reforça a sua posição na área de hemodiálise.

Barros e Simões (2007) reforçam a ideia que o sector privado é maior inovador e mais pró activo na aquisição de novos equipamentos.

É de salientar que muitos dos serviços privados são prestadores convencionados do SNS e de subsistemas de saúde públicos pelo que a actividade deste sector é muito

suportado pelo Estado.

Recorde-se, a este respeito, que o n.º 4 da Base I da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) estabelece que “Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”, sendo que nas directrizes da política de saúde estabelecidas na mencionada Lei se consagra que “É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”

“Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde.” da Lei de Bases da Saúde.

O internamento continua a crescer no sector privado, registando valores da ordem dos 25% da quota de intervenções cirúrgicas efectuadas em todos os hospitais. A dimensão média de camas nos hospitais públicos é de 257 enquanto que nos privados é de 92 camas. Factor que representa diferentes estruturas (Oliveira 2003).

7.1.3 Enquadramento dos seguros privados

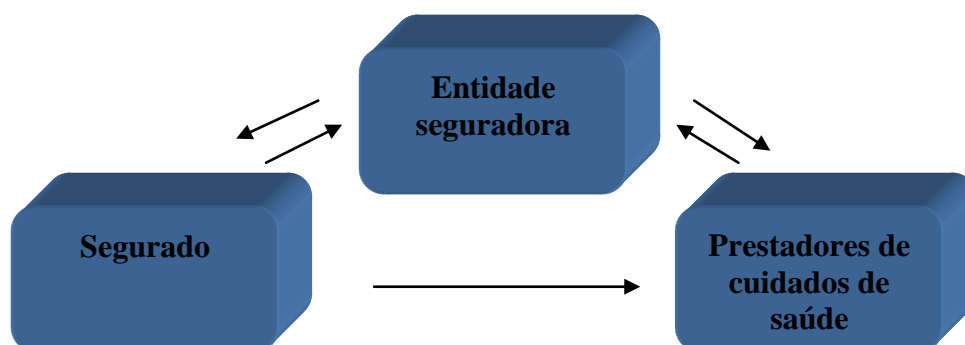
As seguradoras estabelecem contratos mediante o qual uma pessoa transfere para outra o risco da eventual verificação de um determinado dano (sinistro), na esfera própria ou alheia, mediante o pagamento da correspondente remuneração.

Este risco assumido pelas seguradoras é possível, pois a diversidade de indivíduos segurados com eventos de doença diversifica o risco. Como nem todos estarão doentes ao mesmo tempo, em cada período a seguradora efectua uma redistribuição de rendimento entre indivíduos (dos saudáveis para os doentes).

O segurado dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde a que recorre, suportando apenas uma parte do preço com o cuidado recebido. O remanescente ficará a cargo da entidade seguradora.

O fluxo das relações entre estas entidades está evidenciado na figura 5.

Figura 5
Fluxo das relações entre entidades



Fonte: Elaboração do autor

Este esquema de prestações convencionadas é também chamado sistema convencionado de assistência (ou managed health care).

Há ainda o regime de prestações indemnizatórias (também chamado sistema de reembolso), onde o utente/segurado escolhe livremente o prestador e paga a totalidade das despesas sendo a posteriori reembolsado das despesas.

O regime de sistema misto é o preferido no que respeita a a seguros de saúde.

As principais seguradoras de saúde (Multicare, AdvanceCare e Medis) são simultaneamente detectoras da rede (isto é contratam e/ou gerem as relações contratuais com os prestadores de saúde).

A Multicare, seguradora do grupo da Caixa Geral de Depósitos que gere uma carteira de aproximadamente 565.000 segurados está associado aos Hospitais Privados Portugal (HPP).

Em Portugal, a HPP Saúde detém cinco hospitais - Hospital da Boavista, Hospital da Misericórdia de Sangalhos, Hospital dos Lusíadas, Hospital de Santa Maria de Faro e Hospital São Gonçalo de Lagos - e o Hospital de Cascais, em regime de parceria público-privada.

Nascida em 1996, a Médis foi um culminar de um projecto concebido de raiz para gerir, em sistema de managed care, aquela que se pretendia tornar a maior carteira de seguros de saúde em Portugal.

Desde o início de 2005, a Médis integra a Millenniumbcp Ageas, na sequência da entrada do Grupo Ageas como parceiro maioritário na holding de seguros anteriormente detida pelo Millennium BCP.

Assim, e em consequência das oportunidades que surgiram a Companhia de Seguros Tranquilidade, Victoria Seguros e Espírito Santo Seguros, estabeleceu, em 1998, uma *joint venture* entre as mesmas e a Munich Re e United HealthCare, instituições multinacionais com reconhecido *know how* no sector da Saúde. As cinco Instituições desenvolveram o então apenas projecto AdvanceCare – Gestão de Serviços de Saúde S.A.

A José de Mello Saúde prevê investir, até 2011, mais de 350 milhões de euros no sector da saúde em Portugal. Já em 2008, a José de Mello Saúde abriu a Clínica CUF Torres Vedras e, em 2010, foi aberto o Hospital CUF Porto, que representará um investimento de cerca de 70 milhões de euros (José de Mello Saúde, 2007). O grupo vai também assumir o novo hospital de Braga, a construir em regime de parceria público-privada. Durante a construção deste hospital central e universitário, a José de Mello Saúde irá também assegurar a gestão do Hospital de São Marcos.

A Espírito Santo Saúde, por sua vez, abriu, em 2008, as Casas da Cidade – Residências Júnior, em Lisboa, junto ao Hospital da Luz (que, por sua vez, representou um investimento de 130 milhões de euros).

O Grupo Português de Saúde tem também previstos dois novos projectos: a GPSaúde – Clínica do Porto, e o Hospital do Lido, na Maia.

Finalmente, a Hospitais Privados de Portugal (*braço* da Caixa Geral de Depósitos para a saúde) assumiu a gestão do novo Hospital de Cascais, em regime de parceria público-privada, assegurando também a gestão do actual hospital. A HPP tenciona ainda adquirir 51% do capital dos Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS). A confirmar-se esta intenção, a HPP ganhará 160 mil novos clientes, uma vez que os beneficiários dos SAMS passarão a ter acesso a toda a sua rede de prestadores.

No sector privado actuam os subsistemas de saúde os SAMS, PTACS e outros que participam conjuntamente com os seguros no mercado da saúde.

Os Subsistemas privados receberam contribuições obrigatórias. A maioria destes subsistemas privados tem sido associada a grandes empresas que foram privatizadas nos anos oitenta e noventa. As evoluções que têm ocorrido recentemente sugerem que as coberturas dos subsistemas privados se assemelham crescentemente a produtos de seguro de saúde privado comercial (Barros 2007).

O quadro 13 indica-nos a dimensão dos subsistemas de saúde.

Quadro 13

Valores dos subsistemas de saúde

Subsistemas de Saúde	Nº de Utentes	N.º de prestadores
ADSE	1.338.111	2.049
ADM	152.000	420
SAMS	117.000	580
PT-ACS	105.036	8.722
SAD/GNR	102.000	640
SAD/PSP	85.000	1.200
SSMJ	34.000	2.400

Fonte: Entidade reguladora da Saúde (2009)

Actualmente, metade dos hospitais portugueses pertencem ao SNS, enquanto a outra metade dos hospitais pertence ao sector privado ou às instituições privadas de solidariedade social (IPPS).

Com este cenário, a despesa privada da saúde tende a subir. Se o sector público tem actuado com medidas restritivas no sector da saúde devido à situação fora de

controlo, o sector privado, na altura exacta tem de actuar e garantir que o tipo de financiamento seja razoável.

Os subsistemas e os seguros de saúde, desde já, devem garantir a sustentabilidade das suas despesas. A tomada de decisão, igualando políticas estratégicas do sector publico em relação às cirurgias em regime de ambulatório é uma boa medida de redução de custos permitindo uma almofada de oxigénio.

8.1 Qualidade nos serviços de saúde

8.1.1 Introdução

O conceito de qualidade apareceu nos Estados Unidos da América no sector industrial na minimização dos erros dos produtos comercializados. A avaliação da qualidade dos produtos deu-se na indústria japonesa do pós-guerra. Neste cenário, (Deming,2000) que é considerado um teórico nesta área, propôs um método por meio do qual a qualidade é alcançada.

Os pensadores (Crosby,1986, Deming,2000, Juran,1974, Ishikawa,1993, Taguchi,1960), criaram conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade. Desenvolveram criações e modelos trazendo novas ideias de qualidade a respeito da produção e dos serviços. Os princípios sobre melhoria contínua foram transferidos para várias áreas de negócio. Concepções como ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz, sintetizam o que significaria qualidade.

O mundo está em permanente e rápida mutação e, por conseguinte, o conceito de qualidade desenvolve-se e evolui com as transformações da sociedade e continuará a difundir-se quase instantaneamente influenciando o pensamento e a forma de agir. A qualidade é, por isso, um conceito dinâmico em contínua evolução e permanente desenvolvimento.

A qualidade é difícil de quantificar na área da saúde pois pode ter diferentes significados para diferentes perspectivas.

Mensurar o tempo de espera de uma consulta é fácil mas em relação à relação verificada pelo utente de saúde e pelo seu médico pode tornar-se extremamente complicado.

A Qualidade varia com o tempo pois com o progresso da medicina e dos equipamentos, o desempenho dos profissionais de saúde tende a ser mais eficaz.

A qualidade deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização, que é a de “atender e exceder as necessidades e expectativas dos seus clientes “. Assim, Donabedian, citado por Mezom (2001), refere-nos que a qualidade é composta por três dimensões fundamentais: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A vertente técnica refere-se à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução de saúde do paciente. A interpessoal refere-se à relação que se estabelece entre prestador do serviço e paciente (cliente). A ambiental refere-se às comodidades oferecidas ao paciente em termos de conforto e bem-estar.

Existem vastas definições de qualidade na saúde, tendo por base várias perspectivas: a dos prestadores, a dos utilizadores e a dos gestores da instituição, perspectivas estas que podem entrar em conflito.

A nível das organizações, consiste num processo produtivo, condicional ao serviço bem prestado e que implica a melhor utilização dos recursos: o gestor centra-se na rentabilização dos investimentos (eficiência, obtenção de resultados desejados).

Na óptica do utilizador, a qualidade são os atributos dos cuidados médicos prestados que aumentam o valor desses cuidados para si, satisfazendo as suas necessidades, ou seja, o doente foca-se em aspectos como a acessibilidade, afabilidade e melhoria do estado de saúde.

Por seu lado, o prestador de cuidados de saúde dá prioridade às capacidades técnicas e a obtenção de resultados clínicos.

Logicamente, as diferentes visões e percepções da qualidade dos cuidados de saúde geram conflito e tensões, em termos de qualidade versus custos, profissional de saúde e utilizador, autoridade versus informação ao utente, que o transformará num cliente mais exigente (Barros,1998).

Quando um indivíduo recorre a um bem ou serviço, deve ter-se em conta se

corresponde às suas expectativas e exigências. De uma forma mais concreta, o indivíduo avalia uma ou mais dimensões da qualidade do produto ou serviço que pretende obter. São várias as dimensões da qualidade que o cliente tem em atenção: desempenho, atributos, fiabilidade, conformidade, durabilidade, estética e qualidade percebida. (Donannelly, Gibson, Ivancevich ,2000). Em relação à qualidade de um bem ou serviço exigido por parte do consumidor, há dois pontos importantes a realçar: Por um lado, quando os indivíduos prezam um bem ou serviço, valorizam diferentes dimensões da qualidade; Por outro lado, a noção da qualidade desse bem ou serviço, pode ser subjectiva.

Para além da exigência do indivíduo, os fornecedores para assegurar a qualidade do bem ou do serviço devem ter presente três processos básicos (Juran,1981) planeamento (estabelecer objectivos, sub-objectivos, acções), controlo da qualidade (medir, comparar com os objectivos, identificar problemas esporádicos, corrigir), melhoria da qualidade (identificar problemas crónicos, fazer o diagnóstico e definir soluções).

Estas actividades garantem que a qualidade irá ser uma realidade, por isso também se podem apelidar de actividades de garantia na qualidade. (Donannelly, Gibson, Ivancevich ,2000)

A prestação de cuidados de saúde engloba três componentes (técnica, interpessoal/sócio-emocional e ambiental), no entanto, é na dualidade entre a técnica e a interpessoal que a qualidade tem maior relevância.

São vários os factores que deixam os utentes satisfeitos na relação com os profissionais de saúde. A atitude do profissional que escuta o doente, facilita o diálogo e tenta compreender o seu problema, é bastante valorizado pelo utente, assim como a qualidade técnica, que em conjunto aumentam o grau de confiança no profissional.

Os prestadores privados de saúde devem dar importância à qualidade para fazer face à concorrência “A qualidade é a nossa melhor garantia da fidelidade do cliente e o único caminho para o crescimento sustentado e para os lucros”(Jack Welch,2005)

8.1.2 Entidade reguladora da saúde

A qualidade supõe controlo e medida. O controlo apareceu com a Lei nº48/90, de 24 de Agosto, que prevê a sujeição das unidades privadas de saúde com fins lucrativos a

licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado. Este trabalho, levou-me a verificar o papel da Entidade Reguladora da Saúde devido à sua actividade de avaliação de qualidade nos prestadores privados de saúde.

A criação de uma Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é, sem dúvida, uma iniciativa inovadora e, até certo ponto, inédita no contexto internacional. De facto não se conhece nenhuma outra entidade com as mesmas ou idênticas características e atribuições em qualquer outro país. Fica agora a questão de avaliar quais os efeitos e impactos da sua acção no sistema de saúde português, sendo certo que a mesma dificilmente se tornará efectiva se não se fundamentar em mecanismos de auto e heteroregulação aos diferentes níveis do sistema – (Relatório da Primavera, 2004). A Entidade Reguladora da Saúde num estudo sobre a concorrência no sector considera que com a ausência de licenciamento corre-se o risco de os prestadores não sentirem pressões para cumprir os requisitos mínimos de qualidade pois os investimentos na área da saúde e mudanças nas unidades de saúde implicam custos avultados.

A Organização Mundial de Saúde encara a regulação como responsabilidade dos ministérios da Saúde, que se consubstancia num conjunto de regras que enquadram o comportamento dos actores do sistema de saúde, bem como num conjunto de mecanismos para assegurar que estas são respeitadas (WHO, 2001).

A ERS tem como atribuições e competências ser agente independente regulador nas dimensões económica e social do sistema e enquanto supervisor das entidades prestadoras num quadro de prossecução do interesse público e de garante dos valores essenciais e direitos fundamentais dos cidadãos, o que parece enunciar que os tempos de debate social em torno da necessidade e importância da criação e manutenção desta entidade perdem de alguma forma relevância, tendo sido definitivamente assumido um novo ciclo regulatório em Portugal.

8.1.3 Licenciamento das entidades privadas de saúde

Em Portugal, grande parte dos prestadores privados não têm licenciamento.

As razões apontadas vão desde o atraso na sua atribuição até à ausência de uma comissão técnica (comissão com funções de vistoria e de inspecção) como é o caso do licenciamento das clínicas e consultórios dentários.

Aos consultórios médicos não era solicitado o licenciamento; o diploma que abrangia estas unidades apenas requeria a comunicação da sua existência à Direcção Geral da Saúde e à Ordem dos Médicos (Decreto-Lei nº 32171 de 29 de Julho de 1942).

No processo de licenciamento não estão abrangidos os prestadores do sector público tais como o do sector social.

Independentemente de não necessitarem de licenciamento as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) devem ter as suas instalações e equipamentos nas devidas condições e de acordo com a qualidade necessária para prestação de serviços em consonância com a autoridade sanitária local e com as recomendações existentes para os outros prestadores.

O Decreto-Lei n.º 279/2009, de 06 de Outubro aprovou o novo regime jurídico do licenciamento das Unidades Privadas de Saúde.

Todavia, nos termos do seu artigo 27.º, o mesmo só produz efeitos após a publicação da portaria que aprova os requisitos técnicos para cada tipologia. Até a data saíram a aprovação, para medicina dentária, enfermagem e a prestação de serviços médicos e de enfermagem em obstetrícia e neonatologia.

O legislador deixou de fora o sector público e social desvirtuando as leis da concorrência pois exige qualidade e segurança no sector privado acreditando na auto-regulação do sector público.

A entidade reguladora da saúde (ERS) atenta à evolução da cirurgia em regime do ambulatório efectuou em um inquérito da qualidade dos hospitais que efectuam estas cirurgias.

Para concretização deste estudo, foi criada uma Comissão Técnica da ERS para a Cirurgia de Ambulatório, que levou a cabo um levantamento de informação sobre a rede de prestadores públicos, privados e sociais com oferta de cuidados cirúrgicos em regime de ambulatório.

Foram estabelecidas uma série de factores e parâmetros de qualidade para verificação das condições de funcionamento das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

As fontes da informação recolhida consistiram no Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) da ERS, em dados recolhidos pela ERS junto dos prestadores e em alguns dados do Relatório "*Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*", elaborado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA).

A Comissão Técnica da ERS estabeleceu uma série de condições e parâmetros de qualidade para o funcionamento das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA), com base no conhecimento da literatura e da realidade nacional e internacional, com a colaboração de personalidades pioneiras do âmbito da cirurgia de ambulatória e com largos anos de actividade nesta área.

Foi elaborado um inquérito que, introduzindo os critérios de qualidade, avalia o desempenho, nesta vertente, das várias instituições às quais foi enviado.

Serviu para a avaliação do grau de realização actual de cirurgia ambulatória no País e respectivos critérios de qualidade, e para identificar as instalações/estruturas disponíveis para este tipo de programa.

Como é evidente com a constatação nos capítulos anteriores a maior parte dos que responderam a este inquérito, garantindo os requisitos pertencem ao sector público, sendo uma pequena parcela referente ao sector privado conforme quadro 14.

Quadro 14

Entidades privadas que responderam
Casa de Saúde de S. Lázaro, S.A.
Clínica de Cirurgia Plástica Artelaser, S.A.
Clínica Parque dos Poetas
CLINIGRANDE - Clínica da Marinha Grande, Lda.
Hospital Cuf Descobertas, S.A.
Hospital Cuf Infante Santo, S.A.
Hospital da Luz, S.A.
Hospor, S.A. - Clipóvoa
HPP Centro, S.A. - Hospital dos Lusíadas (não tem UCA autónoma)
HPP Norte, S.A. - Hospital Privado da Boavista
LUKH - Lisbon United Kingdom Hospital, Serviços de Saúde, S.A.
PPFMNS - Hospital Santa Maria - Porto
SAMS do Sindicato dos Bancários do Norte

É de estranhar as poucas respostas no sector privado, pois ao visualizar os sites de alguns hospitais privados e com o conhecimento da realidade dos hospitais, há sempre referências a Unidades de Cirurgia de Ambulatório.

Não compreendo este tipo de atitude, e constato que só os hospitais que respondem às solicitações do SNS para o programa das listas de espera, mostram aceitação a este tipo de iniciativas, tendo os outros hospitais atitudes de indiferença.

A Entidade Reguladora da Saúde ficou agradada com a constatação do bom estado geral de desenvolvimento e evolução da Cirurgia de Ambulatório em Portugal, tendo em conta o reconhecimento de que esta prática constitui um instrumento eficaz e eficiente na melhoria da qualidade dos serviços e na redução dos custos com a saúde.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é um processo de inquirição sistemático que visa fornecer informação para a resolução de um problema ou resposta a questões complexas.

A observação é a solução para o conhecimento e constitui o elemento central do processo.

A observação científica está estreitamente ligada à teoria, a qual explica as relações entre os factos observados e as proposições (Seaman, 1987).

Foi com a observação que o problema me surgiu. Ao tomar conhecimento do enorme sucesso das cirurgias efectuadas em ambulatório no SNS, verifiquei em análise da facturação das cirurgias efectuadas num subsistema de saúde, que a maior parte do volume de facturação era em cirurgias de internamento. Contrastava com o que se passava no Sistema Nacional de Saúde. Foi o início de um trabalho de investigação, de modo a colher informação e o conhecimento das vantagens das cirurgias em regime de ambulatório.

3.1. Tipo de estudo

Neste capítulo é apresentado o estudo de caso. O estudo focaliza-se nas cirurgias efectuadas pelos prestadores privados de saúde para um subsistema de saúde. Foram seleccionadas no ano de 2009, os códigos cirúrgicos tirados da tabela de

prestação de serviços clínicos de um subsistema. Estas cirurgias eram realizadas simultaneamente quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório, não havendo um critério objectivo.

O sucesso das cirurgias em regime de ambulatório no SNS em 2009, levou a este estudo. As despesas elevadíssimas no regime de internamento em consumíveis e medicamentos, motivou uma pesquisa mais aprofundada para se tentar controlar estes custos.

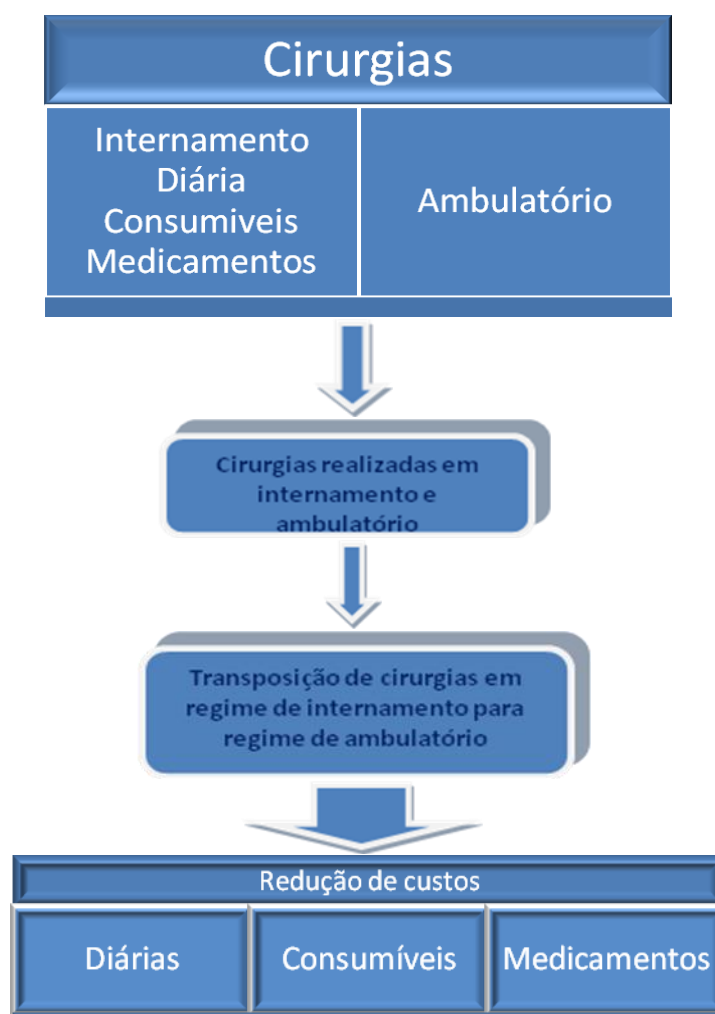
Pretende-se calcular e avaliar a redução de custos que é possível obter, com a transposição das cirurgias em regime de internamento para o regime de ambulatório. É apresentado a metodologia geral de um estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo das cirurgias escolhidas.

Os quadros para análise do estudo foram obtidos do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Versão 16.0 e o Excel 2007 da Microsoft.

O processo elaborado para a resolução do problema está evidenciado na figura 6.

Figura 6

Processo de elaboração do problema



Fonte: Elaboração do autor

3.2. Contexto organizacional da investigação

O objectivo principal que esteve subjacente no presente trabalho foi o de contribuir para o debate das matérias relacionadas com o pagamento e a futura definição do regime a aplicar.

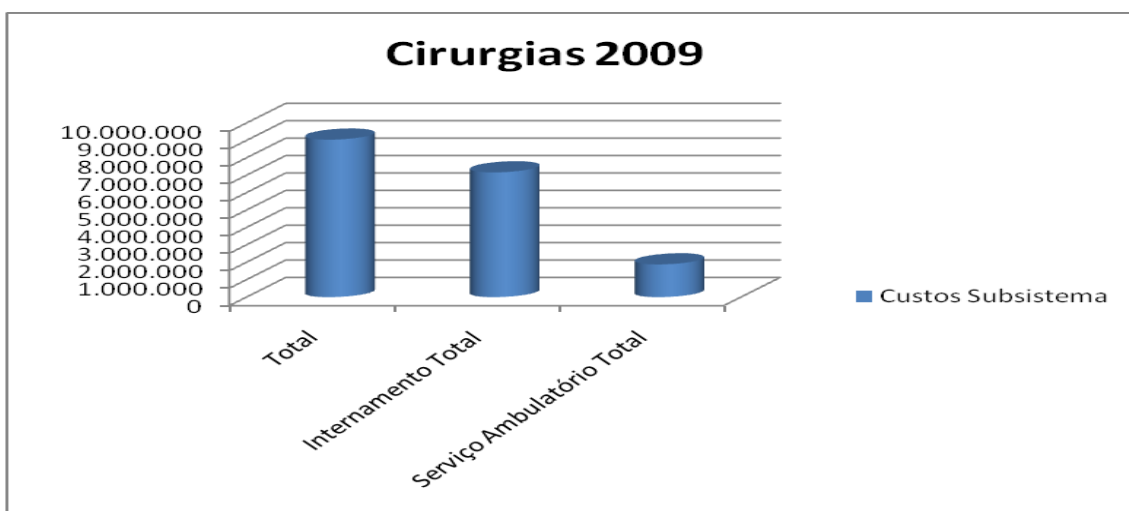
Os objectivos específicos que foram seguidos passaram por realizar uma caracterização do pagamento efectuada aos prestadores de cuidados de saúde.

Foi detectada uma variação directa entre as cirurgias em regime de internamento e os custos com diárias, consumíveis e medicamentos.

O estudo vai avigorar se as cirurgias efectuadas em regime de ambulatório são mais vantajosas do que em regime de internamento.

O cenário das cirurgias efectuadas pelos prestadores de serviços médicos ao subsistema de saúde no ano de 2009, foi o seguinte (Gráfico 4).

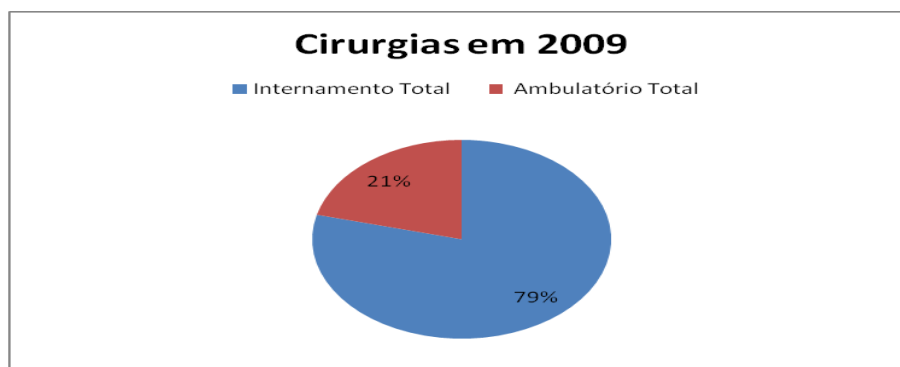
Gráfico 4



Fonte: Dados do Subsistema de saúde (2009)

É uma evidência que a maior parte dos custos são de cirurgias efectuadas em regime de internamento. Só 21% são de cirurgias em ambulatório. Relembro que o SNS conseguiu em 2009, 50% das cirurgias (Figura 7).

Figura 7



Fonte: Elaboração do autor

No universo dos hospitais que apresentaram mais facturação, mantêm-se a tendência da grande diferença entre as cirurgias de internamento e em regime de ambulatório. Os casos do British Hospital e do Hospital Cuf Descobertas (Quadro 15), cujos valores de ambulatório são irrisórios, atestam a realidade do pouco interesse, dos médicos pertencentes a estas instituições em efectuarem as cirurgias noutro regime. A falta ou o pouco controlo destes procedimentos, dos nossos consultores clínicos e dos gestores criam este tipo de situações que podem ser facilmente controláveis. Uma justificação clínica explicativa de as cirurgias serem em internamento e não em ambulatório, bastava para restringir o tipo de cirurgias.

3.3. Fonte de dados e conjecturas

O primeiro objectivo deste estudo foi verificar se era possível reduzir os custos decorrentes da transposição das cirurgias para o regime de ambulatório.

O estudo do caso tem como universo o conjunto de cirurgias que foram efectuadas simultaneamente em regime de internamento e em regime de ambulatório no ano de 2009. O conjunto foi extraído da tabela de prestação de serviços de um subsistema de saúde. Estas cirurgias pertencem à codificação dos GDH que praticam preços em ambulatório e em internamento. Procedeu-se a uma análise da linha de produção que representa a principal actividade dos hospitais, o internamento (Quadro15). Todas as cirurgias observadas são possíveis de se realizar em ambulatório.

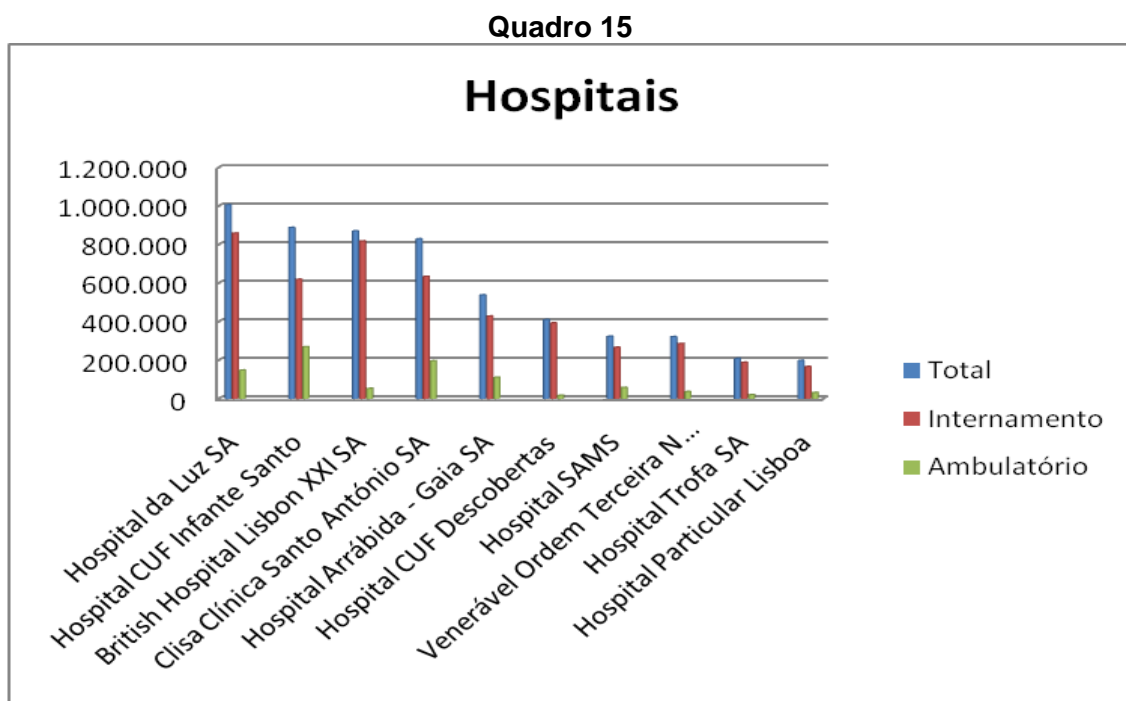
O nome do subsistema de onde foram tiradas as informações foi suprimido porque a utilização dos dados foi de uma pequena parcela da facturação dos prestadores que efectuem cirurgias, não sendo os seus dados representativos do total da facturação.

Este estudo foi elaborado por um gestor da rede de prestadores que teve as devidas autorizações para que ele fosse realizado.

O estudo é um projecto-piloto para se verificar as repercussões na facturação total do subsistema.

O estudo foi efectuado a todos os prestadores que prestaram cuidados de saúde referentes às cirurgias que foram seleccionadas.

No quadro 15 temos os dez hospitais que apresentam mais facturação. É realçado, a enorme disparidade entre o volume de facturação praticado em cirurgias em regime de internamento e em regime de ambulatório.



Fonte:Elaboração do autor.

Nos quadros 16 e 17 temos os resultados obtidos dos hospitais com maior facturação. Numa análise que efectuei com o recurso à estatística descritiva, aos hospitais estudados, verifiquei que a mediana e o maior valor no internamento das cirurgias seleccionadas é muito superior à do ambulatório.

Quadro 16

Volume de facturação das cirurgias apresentadas pelos hospitais

Internamento		Ambulatório	
Média	365958,184	Média	90750,526
Erro-padrão	60516,61299	Erro-padrão	27140,68752
Mediana	316541,625	Mediana	54797,66
Moda	#N/D	Moda	#N/D
Desvio-padrão	191370,3333	Desvio-padrão	85826,38981
Variância da amostra	36622604482	Variância da amostra	7366169189
Curtose	-0,711963091	Curtose	0,585177295
Assimetria	0,791131992	Assimetria	1,204765856
Intervalo	535761,37	Intervalo	252609,1
Mínimo	161742,25	Mínimo	16355,76
Máximo	697503,62	Máximo	268964,86
Soma	3659581,84	Soma	907505,26
Contagem	10	Contagem	10
Maior(1)	697503,62	Maior(1)	268964,86
Menor(1)	161742,25	Menor(1)	16355,76
Nível de confiança(95,0%)	136898,0893	Nível de confiança(95,0%)	61396,50054

Fonte: Elaboração do autor

Os valores das quantidades na estatística descritiva mostram valores muito superiores no internamento.

Quadro 17

As quantidades de cirurgias efectuadas nos hospitais

Internamento		Ambulatório	
Média	1530,1	Média	596,38
Erro-padrão	193,8105058	Erro-padrão	136,5706295
Mediana	1399,45	Mediana	434,05
Moda	#N/D	Moda	#N/D
Desvio-padrão	612,8826329	Desvio-padrão	431,8742507
Variância da amostra	375625,1217	Variância da amostra	186515,3684
Curtose	-1,522710676	Curtose	-0,5956509
Assimetria	-0,083564462	Assimetria	0,846721654
Intervalo	1672,15	Intervalo	1209,9
Mínimo	607,5	Mínimo	171,7
Máximo	2279,65	Máximo	1381,6
Soma	15301	Soma	5963,8
Contagem	10	Contagem	10
Maior(1)	2279,65	Maior(1)	1381,6
Menor(1)	607,5	Menor(1)	171,7
Nível de confiança(95,0%)	438,4298231	Nível de confiança(95,0%)	308,9442271

Fonte: Elaboração do autor

3.4. Variáveis e hipóteses em estudo

Variável é uma característica da população que pode ser classificada em dois ou mais grupos disjuntos.

Para medir o impacto na facturação dos hospitais utilizaram-se as seguintes variáveis: cirurgias em regime de internamento e cirurgias em regime de ambulatório. A partir da informação recolhida foi possível saber a escolha correcta do tipo de regime a adoptar. Os pontos de partida e as hipóteses para o estudo do caso são os seguintes:

Hipótese 1 : Os preços em regime de internamento ou em regime de ambulatório são indiferentes no pagamento final.

Hipótese 2 : Os preços em regime de internamento são penalizadores para os custos finais do subsistema.

Hipótese 3 : A realização das cirurgias em regime de ambulatório é mais vantajosa a nível de custos para o subsistema de saúde

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 – Análise quantitativa

Foram seleccionadas 163 cirurgias. Todas as cirurgias seleccionadas podem ser efectuadas quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. Objectivamente as cirurgias podiam-se deslocar para outro tipo de regime mesmo considerando as excepções.

É apresentado no quadro uma pequena amostra, do total apresentado. Foram escolhidas para o quadro 18, cirurgias de complexidade menor. Verifica-se pela simples observação, a existência de uma enorme percentagem de cirurgias que se efectuam em internamento, quando a maioria deveria ser em regime de ambulatório. Pelos valores médios verifica-se que no internamento, os valores são na maior parte das vezes superiores. Verificou-se que não havia uma escolha correcta, entre os códigos. Se a cirurgia for possível de se efectuar em regime de ambulatório, deve ser esta a escolha certa pois implica melhor qualidade para o doente e a utilização dos recursos disponíveis é mais efectiva.

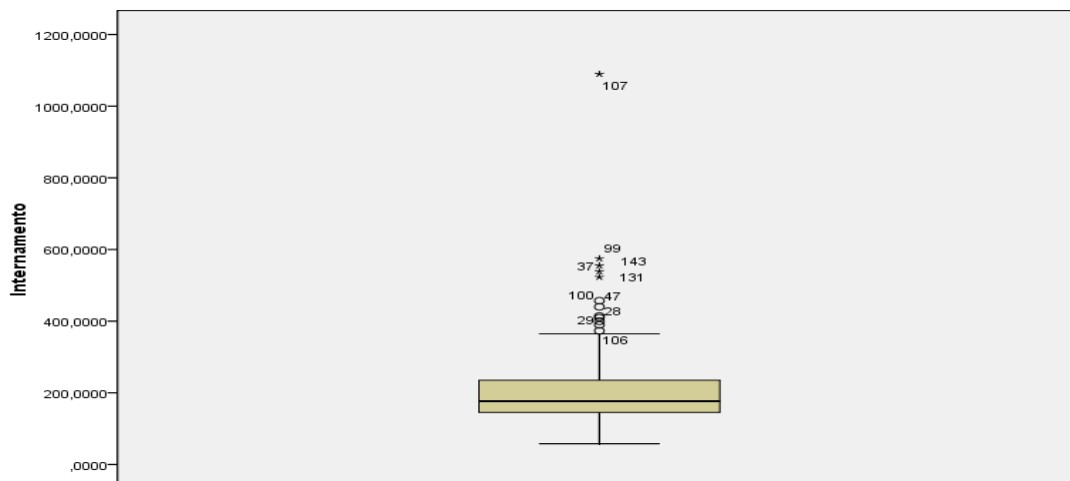
Quadro 18

Cirurgias efectuadas em regime de internamento e em regime de ambulatório

Cirurgia	Internamento (Valor total)	Ambulatório (Valor total)	Internamento (Valor médio)	Ambulatório (Valor médio)
17030004	14.312,97	26.423,72	157,4584158	110,3747703
30000002	785,10	241,29	71,37272727	20,1075
30000003	522,12	655,72	74,58857143	46,83714286
30000006	38.644,88	92.619,94	168,4239704	52,79896249
30000007	9.499,34	42.781,80	134,9338068	56,15146345
30000008	41.230,61	29.514,68	164,7906075	91,01042245
30000009	3.722,26	13.329,62	127,0395904	103,7324514
30000010	9.230,29	8.941,98	133,1932179	114,9354756
30000011	688,37	447,29	172,0925	223,645
30000012	1.124,60	7.104,68	62,47777778	33,06040019
30000013	26.066,68	2.273,79	122,493797	123,5755435
30000014	1.088,93	783,93	181,4883333	76,10970874
30000020	2.343,22	1.316,81	178,8717557	94,05785714
30000022	13.666,36	1.750,32	216,754322	72,32727273
30000023	1.945,12	1.416,08	120,0691358	100,4312057
30030012	11.511,64	346,50	249,7101952	84,51219512
30030013	4.868,81	1.265,14	127,7902887	60,2447619
30030014	12.458,01	4.791,65	218,3700263	113,2777778
31000002	6.279,48	4.204,75	149,1562945	105,11875
31000003	8.953,19	1.344,80	133,4305514	168,1
31000011	11.386,31	832,66	180,7350794	104,0825

Fonte: Elaboração do autor

Foram considerados os valores médios por cada tipo de cirurgia e obtiveram-se os seguintes gráficos de caixa de bigodes que mostram os volumes de facturação e os valores máximos e os valores mínimos.

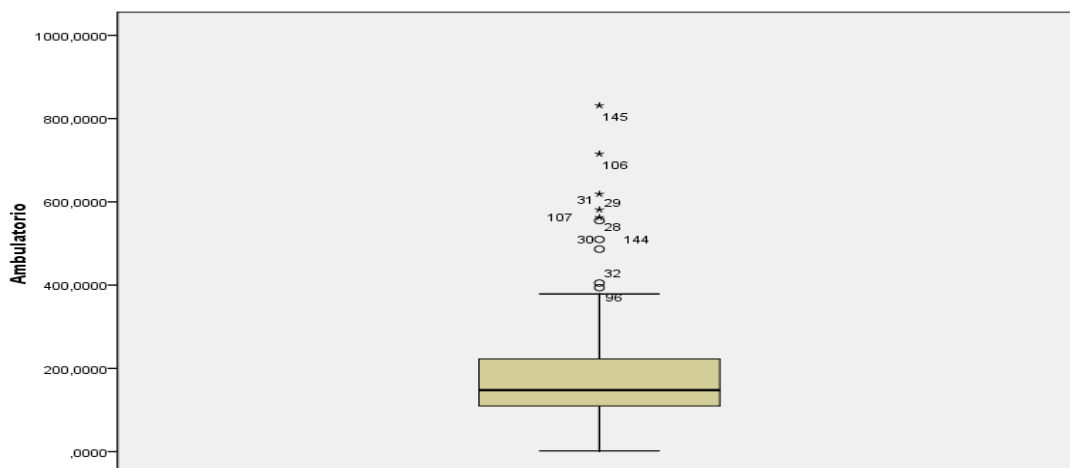
Gráfico 5
Outliers (Internamento)

Fonte: Elaboração do autor

Com a representação gráfica (boxplot) da variável internamento foi possível identificar-se a existência de outliers (Gráfico 5).

Gráfico 6

Outliers (Ambulatório)



Fonte: Elaboração do autor

No gráfico 6, referente ao ambulatório temos novamente a existência de outliers, onde verificámos que o valor superior do ambulatório é inferior ao máximo outlier do internamento.

4.2 Hipóteses do estudo: teste e análise

Para averiguar se as diferenças encontradas entre as médias do internamento e do ambulatório são significativas, procedeu-se ao teste t para duas amostras emparelhadas, uma vez que o número de casos é superior a 30, podendo assumir-se que a distribuição é normal.

O teste t pode ser aplicado em formação de pares de observações. A hipótese nula diz que não há diferença entre os valores médios para os membros de um par na população, ou que a diferença entre as médias da população é zero.

Como as amostras possuem mais de 30 observações cada, de acordo com Pestana e Gageiro (2000:129), não há necessidade do teste de normalidade.

As hipóteses, nula e alternativa, do teste t para amostras emparelhadas são as seguintes:

H0: a média das diferenças entre os valores de internamento e ambulatorio é igual a zero.

(H0: μ internamento = μ ambulatorio, isto é, os gastos médios em internamento e ambulatorio não diferem).

H1: a média das diferenças entre os valores de internamento e ambulatorio **não** é igual a zero.

(H1: μ internamento \neq μ ambulatorio, isto é, os gastos médios em internamento e ambulatorio diferem).

A amostra possui 163 observações, com 162 graus de liberdade. O teste t de igualdade de médias foi realizado com um nível de significância de 5%, ou nível de confiança de 95%, para verificação de hipótese de igualdade de médias das duas populações.

No resultado do teste t para a facturação apresentada ao subsistema, o nível de significância (0.004) é inferior a 0,05, ou seja, pode-se rejeitar, com 95% de confiança, a hipótese de que, nessa amostra, os valores de internamento são iguais aos valores obtidos pelo ambulatorio.

Ou seja, **rejeita-se a hipótese de igualdade** a zero das diferenças emparelhadas das duas amostras. O quadro 19, obtido do SPSS, contém os resultados do teste.

Quadro 19

Resultado do Teste t : duas amostras emparelhadas para média

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Internamento	2,088106E2	163	117,5440657	9,2067618
	Ambulatorio	1,843333E2	163	126,7662062	9,9290956

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Internamento & Ambulatório	163	,612	,000

Paired Samples Test

Paired Differences								
				95 % Confidence Interval of the				
	Mean	Std Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig (2-tailed)
Internamento - Ambulatorio	2,4477334E1	107,9558497	8,4557547	7,7796216	41,1750464	2,895	162	,004

Fonte: Elaboração do autor

No quadro 20 obtido do Excel 2007, reforça-se os dados obtidos do SPSS.

Quadro 20

Teste T: duas amostras emparelhadas para médias (Excel)		
	Ambulatório	Internamento
Média	184,3333027	208,8106367
Variância	16069,67103	13816,60737
Observações	163	163
Correlação de Pearson	0,611780541	
Hipótese de diferença de média	0	
gl	162	
Stat t	-2,894754489	
P(T<=t) uni-caudal	0,002158996	
t crítico uni-caudal	1,654313957	
P(T<=t) bi-caudal	0,004317992	
t crítico bi-caudal	1,974715749	

Fonte: Elaboração do Autor

Confirma-se nos dados apresentados que a média da cirurgia em ambulatório é mais baixa que em regime de internamento.

Testou-se a variante bi-caudal do teste t para amostras emparelhadas (quadro 17).

De facto, Stat t < t crítico bi-caudal e P(T<=t) bi-caudal=0.43%. O risco máximo de rejeitar a hipótese nula sendo ela verdadeira é de 0.43%.

4.3 Conclusões do estudo

O valor médio em ambulatório é de 184.3333027 e o valor médio em internamento é de 208,8106367 sendo a diferença de 24.477334. O valor parece insignificante mas num volume grande de facturação representa uma poupança enorme. Para a quantidade de internamento que foram de 23.701, se fossem efectuadas em regime de ambulatório significaria uma poupança de 579.963,47 €.

Foram aprovadas as hipóteses:

- os valores do internamento não são iguais aos do ambulatório
- os valores do internamento são diferentes do ambulatório tornando-se penalizadores para o financiamento do subsistema, sendo os valores do ambulatório compensadores para se iniciar uma redução de custos.

Os dados que surgiram do estudo, dão indicações que a aplicabilidade das cirurgias em regime de ambulatório, podem resultar em vantagens ao nível da redução de custos.

CAPÍTULO V- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

5.1 Discussão do resultado, sugestões para outras pesquisas, perspectivas futuras e limitações do estudo

Este estudo foi limitado pelas cirurgias efectuadas simultaneamente em ambulatório e internamento. Foi a facturação apresentada ao subsistema, no ano de 2009. Será a primeira fase, numa estratégia de conter os custos em cirurgias de internamento.

Os resultados foram evidentes, há vantagens ao nível das reduções dos custos se as cirurgias forem efectuadas somente em regime de ambulatório.

O objectivo final, que se terá que efectuar em fases futuras, será a de aplicação de todas as cirurgias cujos GDH,s têm os preços em ambulatório. As poupanças que daí resultariam seriam muito significativas.

O problema para se passar a esta fase deve-se à resistência dos médicos prestadores de serviços clínicos à cirurgia de ambulatório. As razões das cirurgias serem realizadas em internamento, por vezes são fúteis. O horário da marcação da cirurgia consoante ser de manhã ou ao final da tarde, marca a decisão do tipo de regime a aplicar.

A gestão dos nossos hospitais não se pode reger pelas comodidades dos médicos.

A situação actual do país não se coaduna com actos de desperdícios dos recursos.

A facturação não é fechada, isto é os hospitais interiorizaram o facto de que existe sempre dinheiro para lhes pagar.

A introdução da maior parte das cirurgias serem em ambulatório implicaria um grande impacto no total do orçamento, uma vez que estas instituições concentram uma parcela significativa da facturação total, que é apresentada aos seguros de saúde, subsistemas de saúde e ao SNS.

Com a passagem para as cirurgias em regime de ambulatório conseguia-se uma reafecção, baseada em critérios explícitos, dos recursos existentes no internamento hospitalar para doentes agudos evitando tempos de espera da cirurgia, além de possivelmente se garantir ganhos de eficiência.

5.2 Principais asserções

Com a realização deste trabalho, confirmei a redução de custos quando as cirurgias se realizam em ambulatório. É fundamental que se caminhe para esta prática mais consonantes com os tempos que vivemos. A redução de custos e a maior comodidade do utilizador deste tipo de regime são garantias mais que suficientes que os futuros trabalhos nesta área representam mais-valias para o sector da saúde.

5.3 Conclusões

Há um movimento geral, nos países desenvolvidos, de alteração do modo de se efectuar as cirurgias nos hospitais. Caminha-se na direcção da realização das cirurgias em ambulatório.

O retrato do pagamento aos hospitais em cirurgias de internamento pelos subsistemas de saúde é a antítese do paradigma da realidade a nível do mundo ocidental.

As implicações desta realidade são particularmente preocupantes se nos recordarmos de que vivemos num contexto em que as instituições de saúde apresentam despesas tendencialmente crescentes e que a promoção de redução de custos deve ser a estratégia a seguir.

É inconcebível para qualquer organização, hospitalar ou não, prestar serviços clínicos e não utilizar os recursos adequados para o tipo de serviço que pretende disponibilizar. Desperdiçar diz respeito a não utilizar, ou subaproveitar, parte dos recursos disponíveis e mobilizados para uma determinada actividade.

O professor Vasco Reis realça que “para além de melhorar a gestão dos hospitais interessa é que eles sejam postos e da melhor maneira ao serviço do sistema e da sua administração” (Reis, 2005:32).

Existe um problema central nos custos exagerados do internamento hospitalar cuja resolução deve ser prioritária. A mais que provável subida da despesa privada no financiamento hospitalar, se não forem tomadas medidas, podem significar uma ainda maior despesa de saúde em relação ao PIB. cuja resolução trará certamente mais-valias à política de financiamento hospitalar e que tem a ver com o processo de definição de preços.

As organizações de saúde operam num meio complexo, caracterizado por constantes avanços tecnológicos e por clientes cada vez mais exigentes quanto à qualidade do serviço.

Os hospitais são compostas por serviços muito diferenciados e a sua força de trabalho assenta em profissionais altamente especializados, que actuam com elevado grau de autonomia e liberdade.

O mercado privado de saúde é hoje muito competitivo, pelo que activos intangíveis como o 'conhecimento' e o 'prestígio' são factores críticos para o sucesso e obtenção de vantagem competitiva sustentável. A mais-valia de se garantir nos seus quadros, muitos dos melhores profissionais da saúde permite a utilização de técnicas mais avançadas como a cirurgia em regime de ambulatório.

Muitos progressos foram realizados nomeadamente a nível das técnicas anestésicas e operatórias, de tal modo que, quando os doentes são devidamente seleccionados, este tipo de cirurgia é tão seguro e eficaz como quando é realizado em regime de internamento. Muito provavelmente os beneficiários e os utentes de cuidados de saúde ficarão surpreendidos com a forma como tudo irá correr bem. O tempo de recuperação é menor, gera menor ansiedade e o regresso ao ambiente e ritmo de vida habituais será mais rápido. O ambiente é mais tranquilo e os custos envolvidos são menores.

A identificação das principais forças e fraquezas da forma de pagamento aos hospitais privados, promoveu o incentivo do aparecimento de soluções que permitam aumentar a eficiência dos serviços, bem como garantir uma distribuição equilibrada das despesas. A maior utilização das cirurgias em ambulatório, potencia uma maior eficiência dos serviços. Parece que um estudo de tornar o pagamento mais eficiente foi pertinente.

Com o objectivo de consolidar as conclusões retiradas do estudo de caso, seria desejável que, em desenvolvimentos futuros, se alargasse este estudo a uma amostra mais abrangente.

Espera-se que este trabalho tenha contribuído para o desenvolvimento da problemática do pagamento aos hospitais, destacando-se as virtudes e as vicissitudes da escolha de determinados tipos de cirurgia serem realizadas em regime de ambulatório.

Referências Bibliográficas

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE – Cirurgia de ambulatório em Portugal.

Alto Comissariado da Saúde – Ministério da Saúde (2008) – Indicadores do Plano Nacional de Saúde.

AVERILL, R.; KALISON, M (1984) – Responding to PPS: Development and Interpretation of the Diagnosis-Related Groups (DRGs), "Healthcare Financial Management".

AVERILL, R.; MULLIN, R.; GIARDI, P.; ELIA, E (1985). – Diagnosis Related Groups - Second Revision - Definitions Manual, Health Systems International, New Haven, Connecticut.

BITTAR, Olímpio (2001) – Indicadores de qualidade e quantidade em saúde; Revista de Administração em Saúde, Vol. 3, nº 12, Jul-Set.

BARROS, Pedro Pita (1977) – O Papel dos Seguros de Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

BARROS, Pedro Pita (1999) – Eficiência e Qualidade: mitos e contradições – “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde”. Academia das Ciências, Lisboa.

BARROS, Pedro Pita; Gomes, Jean-Pierre (2002): Aspectos Gerais do Sistema de Financiamento Hospitalar; GANEC, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

BARROS, Pedro Pita (2004): O *mixed bang* das reformas do Sector da Saúde pós-2002; Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa.

BARROS, Pedro Pita (2006) – Economia da Saúde. 1ª Edição. Coimbra. Edições Almedina.

BARROS, Pedro Pita (2008) – Economia da Saúde. 2ª Edição. Coimbra. Edições Almedina.

BENTES, M (1995) – "Design and Development of Utilization review Program in Portugal", International Journal of Quality in Health Care.

BÉRESNIAK Ariel (1997) – Économie de la Santé. Maisson Éditeur.

BORGES, Augusto Moutinho (2009) – Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834), Imprensa da Universidade, Coimbra.

CABRAL, Manuel Villaverde (2002) – Saúde e Doença em Portugal. Imprensa de Ciências Sociais.

CAMPOS, António Correia (1994) – "Administração de Serviços de Saúde, Gestão Estratégica e Competição Gerida", Revista Portuguesa de Gestão, nº 34.

CAMPOS, António Correia de (1987): A Saúde na Europa do Sul – Transição de modelos em contexto de escassez: Contribuição da Economia da Saúde; Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, 15 a 17 de Maio de 1985 – *Saúde, Sociedade e Economia*, ENSP, Lisboa.

CAMPOS, António Correia (2002) – Confissões Políticas de Saúde – Auto de Breve Governação..Lisboa. Oficina do Livro.

CAMPOS, António Correia (2008) – Reformas da Saúde - O Fio Condutor. Edições. Coimbra. Almedina,SA.

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO CIRURGIA DE AMBULATÓRIO – CNADCA (2009) – Cirurgia de ambulatório. Ponto de situação.

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO CIRURGIA DE AMBULATÓRIO – CNADCA (2008) – “Cirurgia de ambulatório - Um modelo de qualidade centrado no utente”.

DAVIES, R.; WESTFALL, G (1984). - Reimbursement under DRGs - Implementation in New Jersey, "Health Services Research", vol 18, nº 2.

FETTER, RB.; FREEMAN, J.; MULLIN, R. – DRGs - How They Evolved and are Changing The Way Hospitals are Managed, "Pathologist", vol XXXIX, nº 6.

FETTER, RB.; FREEMAN, J.; WATSON, R (1983). - DRGs: A Production Approach to Hospital Management, Health Systems Management Group, School of Organization and Management, Yale University, s. d.

HARFOUCHE, Ana Paula (2008) – Hospitais Transformados em Empresas: Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo; Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

MANTAS, A (1985) – "Financiamento Hospitalar: Implementação de Critérios", Revista Portuguesa de Saúde Pública, nº 2, Abril/Junho 1985.

MARTINEZ, Luís e FERREIRA, Aristides (2007) – *Análise de dados com SPSS – primeiros passos*. 1ª Edição. Lisboa: Escolar Editora. ISBN: 978-972-592-212-5.

MATEUS, Abel (2006) – Concorrência, Eficiência e Saúde; Conferência no Seminário sobre *Novas Perspectivas para o Sector da Saúde*; Faculdade Medicina Universidade do Porto.

MEZOMO, J.C. (1995) – Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. Guarulhos, Brasil. Editora da UnG.

MEZOMO, João C. (1991) – Cuidados de Saúde com Qualidade. Brasil. Revista Hospitalar Administração e Saúde.

MEZOMO, João C. (2001) – Gestão da Qualidade na Saúde. Brasil. Editora Manole, Lda.

Ministério da Saúde (1998) – O hospital Português. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa

MOREIRA, Sara (2008) – Análise da Eficiência dos Hospitais Empresa (DEA), Artigos, Primavera.

MOURA, Miguel Carneiro de (2006) – Mudanças na Gestão dos Sistemas de Saúde – O Modelo Canadiano. Jornal Português de Gastrenterologia, Março/Abril 2006.

NUNES,Rui (2009) – Regulação da Saúde. 2ª edição Vida Económica – Editorial SA.

OCDE (1992): The Reform of Healthcare – A Comparative Analysis of seven OECD Countries. Health and Policy Studies, nº2, OECD. Paris.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2001): Relatório de Primavera 2001.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2004): Relatório de Primavera 2004

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2005): Relatório de Primavera 2005.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2006): Relatório de Primavera 2006.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2007): Relatório de Primavera 2007.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2008): Relatório de Primavera 2008.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2009): Relatório de Primavera 2009.

PEREIRA, Luís Filipe (2003) – “Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde” in Qualidade em Saúde, nº. 7, Lisboa: Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde.

PESTANA, M. H. e GAGEIRO, J.N. (2005) – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. ISBN: 972-618-391-X.

PIRES, António Ramos (2000) – Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade, Lisboa: Edições Sílabo Lda.

PISCO, Luís (2001) – “Qualidade na prestação de cuidados de Saúde” in A Qualidade na Saúde, Lisboa: Revista Portuguesa da Ordem dos Enfermeiros, nº 3.

PISCO, Luís (2001) – “Perspectivas sobre a Qualidade em Saúde” in Qualidade em Saúde, Lisboa. Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde Nº. 5 IQS .

PORTUGAL.DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) – Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS: Ano de 2003, Lisboa.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001) Lisboa: Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde, Direcção Geral da Saúde.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos, Vol. I – Prioridades, Lisboa. Direcção Geral de Saúde

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos, Vol. II–Orientações Estratégicas, Lisboa. Direcção Geral de Saúde

REIS, Vasco Pinto; FALCÃO, Eva (2003) – Hospital Público Português: da crise à renovação. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa.

REINHARDT, Uwe E. (1998) – “Quality in consumer-driven health systems” in Interna.

REGO, Guilhermina – (2008) – Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma aplicação ao Sector da Saúde. Vida Económica. Editorial S.A.

SALE, Diana (1998) – Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde para os Profissionais da Equipa de Saúde, Lisboa. Principia, Publicações Universitárias e Científicas

SANTANA, Paula (1993) – Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde. Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde, Coimbra. CCRC – Comissão de Coordenação da Região Centro Saúde.

SAKELLARIDES, Constantino (2003) – “Prefácio” in Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados, Lisboa. Edição Instituto do Consumidor.

SAKELLARIDES, Constantino (2000) – Direcção estratégica e gestão de expectativas no Sistema de Saúde Português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa.

SERRANO, António; FIALHO, Cândido (2003) – Gestão do Conhecimento: O novo paradigma das organizações, Lisboa: FCA – Editora de Informática

Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007).

SIGSS, Ministério da Saúde - "O Novo Sistema de Financiamento dos Hospitais", documento de trabalho, Fevereiro 1990.

SIMÕES, Jorge (2004) – Retrato Político da Saúde, Almedina, Coimbra.

SIMÕES, Jorge (2009) – 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado. Almedina, Coimbra.

TRIBUNAL DE CONTAS (2009) - Auditoria ao Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde, Lisboa.

URBANO, J (1986). - Implementation of Diagnosis Related Groups in Portugal, Comunicação apresentada na conferência ". Londres. The Management and Financing of Hospital Services".

URBANO, J., CASAS M.; IBERN, P (1988). - A Proposal for a Comparative European Study on Health Information Based on Case-Mix www.who.int/en/ - World Health Organization.

Legislação

DECRETO-LEI Nº 56/79, de 15 de Setembro – Lei do Sistema Nacional de Saúde

DECRETO-LEI Nº 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde

DECRETO-LEI Nº 39/2003, de 10 de Dezembro – Criação da Entidade Reguladora da Saúde

DECRETO-LEI Nº 93/2005, de 7 de Junho – Transformação em EPE dos Hospitais SA

DECRETO-LEI Nº 233/2005, de 29 de Dezembro – Hospitais EPE

PORTARIA Nº 132/2009 de 30 de Janeiro (GDHs 2009)

DECRETO-LEI Nº 127/2009, de 27 de Maio - Reestruturação da Entidade Reguladora da Saúde, definindo as suas atribuições, organização e funcionamento. Revoga o DL 309/2003, de 10 de Dezembro

DECRETO-LEI Nº 309/2003, de 10 de Dezembro - Estatuto da ERS

PORTARIA Nº799-E/99, de 18 de Setembro. Diário da República – I Série-B. (18/9/1999).

DECRETO-LEI Nº 500/99, de 19 de Novembro - Regime Jurídico do Licenciamento e Fiscalização do exercício da actividade das Clínicas de Medicina Física e de Reabilitação

DECRETO-LEI Nº 97/98, de 18 de Abril - Regime Jurídico das Convenções

DECRETO-LEI Nº 13/93, de 15 de Janeiro - Criação e Fiscalização das Unidades Privadas de Saúde

Decreto de Rectificação n.º 41/93, de 31 de Março

Rectificação do Decreto-Lei n.º 13/93

DECRETO-LEI Nº 240/2000, de 26 de Setembro - Alteração ao Decreto-Lei n.º 492/99

DECRETO-LEI Nº 217/99 , de 15 de Junho - Regime do Licenciamento e Fiscalização dos Laboratórios Privados

DECRETO-LEI Nº 233/2001, de 25 de Agosto - Regime de Licenciamento e Fiscalização das Clínicas e dos Consultórios dentários

PORTARIA Nº 268/2010, de 12 de Maio - Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da actividade das clínicas e consultórios dentários

DECRETO REGULAMENTAR Nº 63/94, de 2 de Novembro - Requisitos relativos a instalações, organização e funcionamento das unidades privadas

DESPACHO Nº 399/2009, de 7 de Janeiro - Aprovação do Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica (MBPLAP)

DECRETO-LEI Nº 13/2009, de 12 de Janeiro - Estabelecimento das condições e dos requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da sua natureza jurídica, dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório.

DECRETO-LEI Nº 279/2009, de 6 de Outubro - Estabelecimento do regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde

DESPACHO Nº 4652/2010, de 16 de Março - Alteração às cláusulas 5.^a e 14.^a do clausulado tipo aprovado pelo despacho n.º 7001/2002, do Secretário de Estado da Saúde, de 7 de Março, publicado no Diário da República, 2.^a série, n.º 79, de 4 de Abril de 2002, alterado e republicado pelo despacho n.º 4325/2008, do Secretário de Estado da Saúde, de 18 de Janeiro, publicado no Diário da República, 2.^a série, n.º 35, de 19 de Fevereiro de 2008

PORTARIA Nº615/2010, de 03 de Agosto - Estabelecimento dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da actividade das unidades privadas que tenham por objecto a prestação de serviços médicos e de enfermagem em obstetrícia e neonatologia.

PORTARIA Nº801/2010, de 23 de Agosto - Estabelecimento dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades privadas de serviços de saúde onde se exerça a prática de enfermagem.

PORTARIA Nº 1056-A/2010, de 14 de Outubro - Primeira alteração à Portaria n.º 801/2010, de 23 de Agosto, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades privadas de serviços de saúde onde se exerça a prática de enfermagem

DESPACHO Nº 3673/2009 de 29 de Janeiro - Desenvolvimento de um programa de investimentos, de 12 milhões de euros, nos Blocos de CA.

PORTARIA Nº 567/2006 de 12 de Junho - Principais alterações. Novo agrupador de episódios em GDH em Ambulatório.

PORTARIA Nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro - Tabela de Preços de GDH em 2006