



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

**CUSTO DIRETO DA DIABETES *MELLITUS* NO
HOSPITAL DE PORTIMÃO: ANÁLISE TRANSVERSAL
DO FINANCIAMENTO E METAS CONTRATUALIZADAS**

VERÓNICA NETO QUINTELAS

**Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Gestão de
Unidades de Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof. Dr. Jorge Andraz

FARO

Dezembro de 2018



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

**CUSTO DIRETO DA DIABETES *MELLITUS* NO
HOSPITAL DE PORTIMÃO: ANÁLISE TRANSVERSAL
DO FINANCIAMENTO E METAS CONTRATUALIZADAS**

VERÓNICA NETO QUINTELAS

**Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Gestão de
Unidades de Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof. Dr. Jorge Andraz

FARO

Dezembro de 2018

**CUSTO DIRETO DA DIABETES *MELLITUS* NO HOSPITAL DE PORTIMÃO:
ANÁLISE TRANSVERSAL DO FINANCIAMENTO E METAS
CONTRATUALIZADAS**

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Verónica Neto Quintelas

.....
Verónica Neto Quintelas
.....

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: (*Verónica Neto Quintelas*).

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Jorge Andraz, orientador desta dissertação, agradeço pela disponibilidade, orientação, ensinamento e conselhos ao longo deste trabalho.

À Doutora Arlete Felício, que sempre se mostrou disponível para me aconselhar, auxiliar e esclarecer em todas as dúvidas que me surgiam.

À Enfermeira Amélia Gracias, agradeço por todas as sugestões de trabalho e tempo dispensado no início desta etapa.

À família e amigos, agradeço pelo apoio constante, dedicação, paciência, carinho e amor incondicional, sem eles não teria chegado ao final desta etapa importante da minha vida.

A meu namorado e companheiro, agradeço toda a amizade, amor, paciência e confiança que sempre depositou em mim ao longo deste percurso.

Às minhas colegas de mestrado Susana, Clarisse e Catarina, agradeço por todo o companheirismo, partilha, paciência e amizade que construímos.

A Todos, um muito sincero obrigada!

RESUMO

Este estudo pretende apresentar o quadro da Diabetes *Mellitus* e verificar a influência de diversos fatores ao nível da duração média do internamento; perceber se a atual forma de financiamento para a prestação de cuidados é favorável para a instituição de saúde em estudo, e ainda; verificar a influência que a Diabetes *Mellitus* tem no cumprimento das metas contratualizadas, nos anos 2015 e 2016.

Para isso, adotou-se uma estratégia de investigação quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal. Considerou-se como população todos os episódios de internamento com diagnóstico principal Diabetes *Mellitus*, no Hospital de Portimão, em 2015 e 2016.

Os resultados permitiram verificar que a maioria dos episódios de internamento são associados ao sexo masculino (58,92%), ao tipo 2 (62,79%), à presença de complicações (89,15%) e ao nível de severidade 2 (58,14%). O tempo de internamento é superior nos doentes diabéticos do sexo feminino (16,19 dias), do tipo 2 (16,79 dias), com presença de complicações (14,22 dias) e com nível de severidade 3 (21,44 dias). O custo direto dos episódios de internamento é de 228.169,71€. O Contrato-Programa demonstra a atribuição de um financiamento que permite maior encaixe financeiro à instituição de saúde, comparativamente à Tabela Nacional de GDH. A Diabetes *Mellitus* contribui para o incumprimento das metas negociadas e, por conseguinte, para a não atribuição de incentivos financeiros.

Isto demonstra que a maior parte da despesa causada pelos internamentos por Diabetes *Mellitus* pode ser maioritariamente evitada, concluindo que existe uma necessidade urgente de atuação política e de gestão.

Palavras-chave: diabetes *mellitus*, custo direto, financiamento, internamento.

ABSTRACT

This study intends to present the Diabetes Mellitus framework and to verify the influence of several factors on the average duration of hospitalization; to understand if the current form of financing for the provision of care is favorable for the health institution under study, and still; to verify the influence that Diabetes Mellitus has in meeting the contracted goals, in the years 2015 and 2016.

For this, a quantitative research strategy was adopted, being a descriptive, retrospective and cross-sectional study. All hospitalization episodes with a diagnosis of Diabetes Mellitus in the Hospital of Portimão in 2015 and 2016 were considered as population.

The results showed that most hospitalization episodes were associated with males (58.92%), type 2 (62.79%), complications (89.15%) and 2nd degree of severity (58.14%). The length of hospital stay was higher in female diabetic patients (16.19 days), type 2 (16.79 days), presence of complications (14.22 days) and 3rd degree of severity (21.44 days). The direct cost of hospitalization episodes is 228,169.71€. The Contract Program demonstrates the allocation of funding that allows greater financial provision to the health institution, comparatively to the National GDH Table. Diabetes Mellitus contributes to non-compliance with the negotiated targets and, therefore, to the non-allocation of financial incentives.

This demonstrates that most of the costs caused by hospitalizations for Diabetes Mellitus can be largely avoided, concluding that there is an urgent need for political and management action.

Keywords: diabetes mellitus, direct cost, funding, hospitalization.

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de Figuras e Gráficos	viii
Índice de Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas	x
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA DIABETES <i>MELLITUS</i> E DO FINANCIAMENTO DO SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL	4
2.1. Diabetes <i>Mellitus</i>	4
2.1.1. Classificação da Diabetes <i>Mellitus</i>	4
2.1.2. Complicações microvasculares e macrovasculares	5
2.1.3. Níveis de severidade	5
2.1.4. Epidemiologia da Diabetes <i>Mellitus</i>	5
2.1.4. Custos da Diabetes <i>Mellitus</i> em Portugal	6
2.2. Financiamento e Contratualização da Saúde em Portugal	7
CAPÍTULO 3. REVISÃO DA LITERATURA	12
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA E DADOS DA INVESTIGAÇÃO	16
4.1. Base de Dados e Enquadramento Metodológico	16
4.1.1. Base de dados: População e variáveis em estudo	16
4.1.2. Enquadramento Metodológico	18
4.2. Questões éticas	19

CAPÍTULO 5. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	20
5.1. Quadro da Diabetes <i>Mellitus</i>	20
5.2. Metodologias de Financiamento e Custo da Diabetes <i>Mellitus</i>	25
5.3. Diabetes <i>Mellitus</i> e Metas Contratualizadas	27
CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
CAPÍTULO 7. CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	46
Anexo 1. Fórmulas de cálculo para a conversão de episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais.....	47
Anexo 2. Tabela Nacional de GDH: Diabetes	48
Anexo 3. Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira: Metas contratualizadas com o Centro Hospitalar do Algarve em 2015 e 2016	49
Anexo 4. Distribuição de unidades de cuidados continuados integrados em Portugal	51

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

	Página
Figura 2.1. Vendas em Ambulatório de Insulinas e Antidiabéticos orais no âmbito do SNS em Portugal Continental: Encargos do SNS e dos Doentes	7
Figura 2.2. Fluxos financeiros no sistema de saúde português.....	8
Gráfico 5.1. Taxa de prevalência de doentes com DM por sexo	20
Gráfico 5.2. Relação entre tempo de internamento e sexo: demora média, em dias	21
Gráfico 5.3. Taxa de prevalência de doentes com DM por tipologia da doença	21
Gráfico 5.4. Relação entre tempo de internamento e tipologia da doença: demora média, em dias	22
Gráfico 5.5. Taxa de prevalência de doentes com DM por complicações associadas... ..	22
Gráfico 5.6. Relação entre tempo de internamento e complicações: demora média, em dias	23
Gráfico 5.7. Taxa de prevalência de doentes com DM por nível de severidade.....	24
Gráfico 5.8. Relação entre tempo de internamento e nível de severidade: demora média, em dias	24
Gráfico 5.11. Percentagem de internamentos que excederam o limiar máximo	28
Gráfico 5.12. Percentagem de reinternamentos em 30 dias	28
Gráfico 5.13. Percentagem de reinternamentos em 72 horas.....	29

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 5.9. Custo dos episódios de internamento por DM.....	25
Tabela 5.10. Diferença entre financiamentos	26
Tabela 5.14. Demora média, em dias, dos episódios de internamento	29
Tabela 5.15. Índice de demora média ajustado dos episódios de internamento	30

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

CHA- Centro Hospitalar do Algarve

CHUA- Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CP- Contrato-Programa

DGS- Direção Geral da Saúde

DM- Diabetes *Mellitus*

Dm- Demora média

ICM- Índice de *case-mix*

IDMA- Índice de demora média ajustada

INESCTEC- Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência

GDH- Grupos de Diagnóstico Homogéneo

OMS- Organização Mundial de Saúde

TP- Taxa de prevalência

OND- Observatório Nacional da Diabetes

PIB- Produto Interno Bruto

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional de Saúde Português

SPD- Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPSS- *Statistical Package for the Social Science*

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

O número de pessoas com doenças crónicas não transmissíveis na população portuguesa está a aumentar. Num relatório realizado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), em termos de morbilidade, verifica-se que 85% das doenças diagnosticadas corresponde a doenças crónicas, 9% a lesões e 6% a outras condições, nomeadamente infeções das vias respiratórias superiores e VIH SIDA (DGS, 2015).

Os comportamentos e estilos de vida têm influência direta na saúde individual e coletiva dos indivíduos. Os processos de industrialização, o urbanismo, o desenvolvimento económico e a globalização alimentar constituem fatores que se associam diretamente ao aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, em países desenvolvidos.

Em alerta para esta realidade preocupante, a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou em 2016 um documento orientador para o combate às doenças crónicas na Europa, intitulado “*Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*” (OMS, 2016).

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crónica e apresenta-se como um importante problema de saúde pública em todo o mundo, pois a sua prevalência tem aumentado, assim como a morbilidade e mortalidade associada à doença (OMS, 2017).

As comorbilidades relacionadas com a DM, e a própria descompensação da doença, são preditivos para o aumento do número de hospitalizações, com tempo de internamento mais prolongado, e para a realização de procedimentos cirúrgicos com maior frequência (Moita e Meiler, 2006). Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2016), o número de utentes com internamento nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), em que a DM se assume como diagnóstico principal, tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

Em 2015, a DM em Portugal representou um custo direto de 1.936 milhões de euros, ou seja, 12% da despesa em saúde (OND, 2016). Proporcionalmente ao aumento da prevalência e número de hospitalizações, a despesa em saúde com a doença tem também aumentado, sendo a DM um fardo económico para o orçamento da saúde (OND, 2016).

Esta situação apresenta-se como um desafio à sustentabilidade do SNS e carece de eventual atuação política e de gestão, uma vez que a prevalência da DM tende para um contínuo aumento, tal como estimado pela OMS.

Assim, surge a presente investigação que tem como objetivos gerais apresentar o quadro da DM e verificar a influencia de diversos fatores ao nível da duração média do internamento. Pretende-se também perceber se a atual forma de financiamento para a prestação de cuidados é favorável para a instituição de saúde a qual, no caso do presente estudo, é o Hospital de Portimão e verificar a influência que a DM tem no cumprimento das metas contratualizadas, nos anos 2015 e 2016, naquele hospital. Para isso foram definidos os seguintes objetivos específicos: calcular a prevalência de DM, por sexo, por tipo, por complicações associadas, por nível de severidade e perceber se o tempo de internamento é afetado por essas mesmas variáveis; calcular os custos diretos associados aos episódios de internamento com diagnóstico principal DM; comparar os métodos de financiamento para pagamento dos episódios de internamento por DM; calcular a percentagem de internamentos com tempo de internamento acima do limiar máximo; calcular a percentagem de reinternamentos em 30 dias; e, por último, calcular o índice de demora média ajustada do tempo de internamento.

Para Fortin (2009, p.51) “uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica”. Assim, surge baseada nos objetivos uma questão de investigação que pretende expressar o mais possível aquilo que se pretende perceber e compreender, constituindo a premissa fundamental sobre a qual se apoiam os resultados da investigação.

Assim, com base nos objetivos acima enunciados, as questões de investigação do presente de trabalho são traduzidas nos termos seguintes:

- Que fatores influenciam o tempo de internamento da DM?
- Qual a forma de financiamento que permite ao Hospital de Portimão ter maior encaixe financeiro?
- De que forma os internamentos por DM influenciam o cumprimento das metas contratualizadas?

A dissertação encontra-se organizada em capítulos subsequentes ao presente. O capítulo 2 faz referência à contextualização do problema da DM, expondo-se conceitos indispensáveis para uma melhor compreensão do problema em estudo. No capítulo 3 é descrito o estado de arte, onde se faz uma revisão da literatura com referência a estudos científicos que abordam o custo da DM em países da União Europeia. Em seguida, no

capítulo 4, é apresentada a metodologia adotada para realização desta investigação, desde a seleção da população do estudo até à recolha e análise dos dados, assim como todas as questões éticas consideradas. Nos capítulos 5 e 6, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, respetivamente. Por fim, no capítulo 7, apresentam-se as principais conclusões do estudo, as críticas e limites que o mesmo possui e sugestões de tópicos para investigação futura.

CAPÍTULO 2: CONTEXTUALIZAÇÃO DA DIABETES *MELLITUS* E DO FINANCIAMENTO DO SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL

O enquadramento caracteriza-se por ser “um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo” (Fortin, 2003: 39). Portanto, neste capítulo abordar-se-á a DM quanto à sua definição, classificação, epidemiologia e ainda qual o impacto desta patologia a nível económico em Portugal. Para além disto, descreve-se a forma de financiamento e de contratualização dos cuidados de saúde portugueses.

Todos estes conceitos e questões abordadas tornam-se relevantes e indispensáveis para uma melhor compreensão do problema em estudo.

2.1. Diabetes *Mellitus*

A DM descreve uma desordem metabólica e é considerada uma doença crónica. Esta manifesta-se quando há uma insuficiente produção de insulina pelo pâncreas ou quando o organismo não utiliza eficazmente a insulina que produz na metabolização de hidratos de carbono, lípidos e proteínas, ocorrendo aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicemia) (SPD, 1999; OMS, 2017).

2.1.1. Classificação da Diabetes *Mellitus*

Os critérios de classificação da DM encontram-se normalizados através da circular normativa nº 002/2011 da DGS (2011) e contam com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD).

A classificação da DM estabelece a existência de quatro tipos clínicos, de etiologia distinta:

- I. Diabetes Tipo 1- resulta da destruição das células β do pâncreas, fazendo com que esse órgão seja incapaz de produzir insulina, passando a insulinoaterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência do indivíduo. A etiologia deste tipo de DM advém de um mecanismo autoimune corretamente identificado (diabetes tipo 1 autoimune) ou de um processo imune que não se consegue documentar a sua existência (diabetes tipo 1 idiopática).
- II. Diabetes Tipo 2- resulta da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. Ou seja, apesar do pâncreas produzir insulina, devido a vários fatores não produz o efeito desejado, existindo por parte do

organismo uma resistência à produção desta hormona. É a forma mais frequente de DM e o seu aparecimento está relacionado com hábitos de vida pouco saudáveis tais como, maus hábitos alimentares (excesso de hidratos de carbono) e sedentarismo.

- III. Diabetes Gestacional- corresponde a qualquer grau de intolerância à glucose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez.
- IV. Outros tipos específicos de Diabetes- corresponde a situações em que a DM é consequência de um processo etiológico e patogénico identificado como, por exemplo, doença pancreática, através de defeitos genéticos na função das células β ou defeitos genéticos na ação da insulina; doença endócrina, induzida por medicamentos ou agentes químicos que interferem na secreção ou inibição da ação da insulina; entre outras.

2.1.2. Complicações microvasculares e macrovasculares

A longo prazo, os efeitos da DM incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos. São exemplos as complicações microvasculares como a retinopatia com potencial cegueira; a nefropatia provocando insuficiência renal; a neuropatia com risco de ulceração do pé (pé diabético), amputação, artropatia de *Charcot*; e a disfunção autonómica, que inclui disfunção sexual. Qualquer organismo que sofre de DM tem ainda um risco aumentado de desenvolver complicações macrovasculares como doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular, que podem conduzir a um enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral. (SPD, 1999; OMS 2017; DGS 2017).

2.1.3. Níveis de severidade

Os níveis de severidade da DM estão associados à codificação por Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) da Tabela Nacional de GDH. Pressupõe-se que, quanto maior o nível de severidade atribuído pelo médico codificador, maior é o consumo de recursos associado ao episódio de internamento. Existem quatro níveis de severidade a considerar.

2.1.4. Epidemiologia da Diabetes Mellitus

A DM é considerada uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um problema de saúde pública, sendo que a sua prevalência tem vindo a aumentar em todo o Mundo (OMS, 2017). Segundo as últimas estimativas apresentadas pela OMS, em 2014 cerca de 422 milhões de adultos em todo o mundo sofrem de DM, correspondendo a uma

prevalência de 8,5% (OMS, 2016). Segundo o OND a prevalência da DM na população portuguesa também tem vindo a aumentar (OND, 2016). De acordo com o relatório anual do OND, em 2015 a prevalência estimada da DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%. Ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário é portador da doença (OND, 2016).

Em 2012 a DM foi a causa direta de 1,5 milhões de mortes em todo o mundo (OMS, 2016). Segundo projeções da OMS, em 2030 será a sétima principal causa de morte. No ano 2015, em Portugal, e de acordo com dados recentes da Pordata (2018), 4,1% das mortes tem como causa a DM, sendo o 4º país da União Europeia com maior percentagem de mortes por DM. Segundo o OND (2016), a DM foi causadora de 1,4% da letalidade intra-hospitalar no SNS, ou seja, 367 pessoas morreram nos hospitais com DM como diagnóstico principal.

O número de doentes com internamento nos hospitais do SNS em 2015, em que a DM se assume como diagnóstico principal, foi de 25.766 indivíduos. Em comparação com o ano 2014, houve um aumento de 5.418 casos de internamento por DM (OND, 2016).

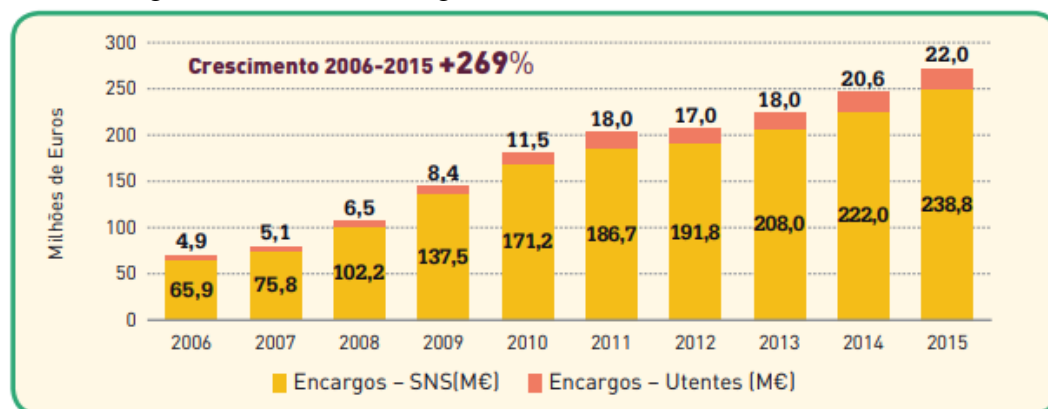
Quanto à média de dias por internamento referentes a descompensação/complicações da DM, e sem considerar os internamentos inferiores a 24 horas (*day cases*), o seu valor também tem vindo a aumentar ao longo do tempo, sendo em 2015 de 11,6 dias. Isto representa uma duração média superior à registada globalmente para o SNS (7,8 dias). Na região do Algarve a demora média de internamento ainda é superior, correspondendo a 16 dias de internamento (OND, 2016).

2.1.4. Custos da Diabetes *Mellitus* em Portugal

O crescimento dos custos dos medicamentos da DM tem assumido uma especial preponderância e relevância face ao crescimento efetivo do consumo dos mesmos (OND, 2016).

Conforme se observa na **Figura 2.1**, os encargos com medicamentos para controlo da DM têm vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos. Em 2015, os doentes gastaram 22 milhões de euros com o consumo de antidiabéticos orais e de insulinas, e o SNS suportou os restantes encargos, correspondentes a 238,8 milhões de euros (OND, 2016).

Figura 2.1- Vendas em Ambulatório de Insulinas e Antidiabéticos orais no âmbito do SNS em Portugal Continental: Encargos do SNS e dos Doentes.



Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016)

As vendas de tiras-teste para avaliação da glicémia capilar também têm registado um crescimento muito significativo ao longo da última década. Em 2015, o mercado de ambulatório do SNS decretou um valor global de vendas de 52,6 milhões de euros, sendo que 44,7 milhões de euros foram suportados pelo SNS e apenas 7,9 milhões de euros pelos doentes (OND, 2016).

Relativamente aos custos com a hospitalização de doentes internados com diagnóstico principal de DM, observa-se igualmente um aumento comparativamente com anos anteriores, sendo em 2015 de 40,4 milhões de euros (OND, 2016).

De acordo com o último Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (OND), em 2015 os custos diretos da DM representaram 1% do Produto Interno Bruto (PIB) Português e 12% da despesa em saúde, correspondendo a 1936 milhões de euros (OND, 2016).

2.2. Financiamento e Contratualização da Saúde em Portugal

Em Portugal, o financiamento do sistema de saúde é realizado através de um *mix* de fontes públicas e privadas, coexistindo três sistemas distintos: o SNS, os subsistemas de saúde públicos (regimes de seguro social de saúde para grupos profissionais específicos) e os seguros de saúde privados. O SNS que assenta no Modelo *Beveridge* ao ser equitativo, universal e tendencialmente gratuito é na sua maioria financiado pela tributação geral (impostos), mas também pelas taxas moderadoras que têm vindo a aumentar nos últimos anos (Escoval *et al.*, 2016).

em saúde assenta numa relação entre financiadores, compradores e prestadores de serviço, através de um Contrato-Programa (CP). O CP é celebrado de 3 em 3 anos e, anualmente são realizadas atualizações através de um Acordo Modificativo ao CP em vigor (Escoval *et al.*, 2016). No CP encontram-se definidos objetivos de produção e metas de qualidade e eficiência que as unidades de saúde se comprometem alcançar, associadas a um sistema de incentivos institucionais e determina qual o orçamento disponível atribuído a cada instituição prestadora de cuidados de saúde, tal como mencionado anteriormente. Isto permite a cada unidade de saúde aumentar a sua autonomia de gestão, tornando-a participada e descentralizada do SNS (ACSS, 2009).

Os incentivos institucionais que constam no CP estão diretamente dependentes do cumprimento das metas negociadas. Ou seja, a repartição dos 5% do CP afetos a incentivos tem uma distribuição de 60% para objetivos institucionais comuns e 40% para objetivos institucionais de cada região. A avaliação é feita através de uma matriz de 16 indicadores, que se dividem por três áreas (acesso; desempenho assistencial; desempenho económico-financeiro).

O orçamento determinado em cada CP, que assenta no modelo de capitação ajustada (pagamento pela produção prospetiva), baseia-se na classificação de doentes em GDH, que “assenta na atividade realizada, compreendendo o agrupamento sistemático dos doentes em GDH e a atribuição de orçamentos ajustados pelo *casemix* do hospital” (Escoval *et al.*, 2016: 22).

O sistema de classificação GDH agrupa os “doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos” (ACSS, 2018). Isto permite caracterizar os produtos (conjunto de bens e serviços) que cada doente receberá de acordo com as suas necessidades, consoante a patologia e como parte do processo de tratamento definido pelo médico (ACSS, 2018). Importa também referir que dentro de cada GDH o consumo de recursos é tanto maior quanto maior o seu nível de severidade.

A ACSS formaliza, através de circulares normativas, as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde a ser cobradas pelas instituições hospitalares. As orientações a ser cumpridas por todos os intervenientes do processo, em 2015 e 2016, encontram-se mencionadas nas circulares normativas nº10636/2015/DPS/ACSS e 16/2016/DPS/ACSS, respetivamente, podendo ressaltar-se as seguintes para o internamento:

- Os episódios de internamento classificados em GDH podem ser normais ou excepcionais (curta duração e evolução prolongada) em função da variável “tempo de internamento”. Cada GDH tem estipulado limiares inferior, superior e máximo para os dias de internamento, consoante o seu nível de severidade. Caso o tempo de internamento seja menor ou igual ao limiar inferior, o episódio de internamento classifica-se em “episódio de curta duração”. Se o tempo de internamento for superior ao limiar inferior e menor que o limiar máximo, o episódio de internamento considera-se um “episódio normal”. Por fim, se o tempo de internamento for igual ou superior ao limiar máximo, o episódio de internamento é designado como “episódio de evolução prolongada”.
- Os episódios de internamento classificados em GDH são normalizados em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH. Num episódio normal um doente saído corresponde a um doente equivalente. Para converter os episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais aplicam-se fórmulas de cálculo (Anexo 1). Num episódio de evolução prolongada um doente saído corresponde a um doente equivalente.
- Em episódios de internamento inferiores a 24 horas, apenas são contabilizados em doentes equivalentes aqueles que saem contra parecer médico ou por óbito, considerando-se internamento de curta duração. Nestes casos, o tempo de internamento considerado é de um dia, independentemente de o doente ter sido admitido, ou não, pelo serviço de urgência.
- O tempo de internamento dos episódios com admissão pela urgência conta-se desde o momento da admissão na urgência. Estes episódios dão lugar apenas à faturação dos respetivos episódios de internamento.
- O preço base a aplicar aos doentes internados classificados em GDH e convertidos em equivalentes é o constante na tabela de preços em vigor, sendo aplicado um preço base único para todas as entidades. Em 2015 e 2016 o preço base único era de 2.285€.
- As transferências de doentes internados, entre unidades hospitalares integradas num Centro Hospitalar, são consideradas transferências internas, havendo apenas lugar à faturação de um episódio resultante no GDH correspondente a todos os procedimentos efetuados, desde a data de admissão até à data de alta. Os episódios de doentes internados, que são transferidos para outros hospitais do SNS, são convertidos

para doente equivalente de acordo com as normas de classificação de doente equivalente. Contudo, nas situações em que o doente é transferido por inexistência de recursos, o episódio não pode exceder 0,5 doente equivalente. Os doentes internados com menos de 24 horas, transferidos do internamento para outro estabelecimento de saúde não são considerados no cálculo dos doentes equivalentes.

- Nas situações de reinternamento do doente na mesma unidade de saúde, num período de setenta e duas horas a contar da alta, só há lugar ao pagamento do GDH do último internamento. Excetuam-se situações em que o episódio de internamento subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior ou ocorre após saída contra parecer médico e situações em que o doente foi transferido para realização de exame, seguindo-se o tratamento no hospital de origem.

Cada hospital pertencente ao SNS tem definido um índice de *case-mix* (ICM), de acordo com a sua produtividade. Este índice reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística. O ICM nacional é, por definição, igual a 1, pelo que o ICM de cada unidade de saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade de saúde trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional. Em 2015 e 2016 o ICM do Centro Hospitalar do Algarve (CHA) era de 0,8448 (ACSS, 2014, 2016).

Em internamentos correspondentes a subsistemas não abrangidos pelo CP, as instituições de saúde faturaram a prestação de cuidados de saúde a terceiros, regendo-se pela Portaria 234/2015, de 7 de agosto (Ministério da Saúde, 2015), nos anos de 2015 e 2016. Na portaria encontram-se tabelados os preços a cobrar pelos cuidados de saúde prestados nos hospitais da rede do SNS a terceiros pagadores legalmente ou contratualmente responsáveis pelos respetivos encargos desses cuidados, bem como o respetivo regulamento. São abrangidas pela presente portaria as instituições e serviços integrados no SNS, incluindo as entidades com contrato de gestão.

CAPÍTULO 3: REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Fortin (2003), uma revisão da literatura “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”. Refere ainda, que “o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos” (p.74).

Assim, com vista a conhecer o que já foi produzido cientificamente acerca do tema em estudo, foi realizada uma revisão da literatura com recurso a um motor de busca (B-On) que compila diversas bases de dados de artigos científicos. Utilizaram-se palavras-chave e operadores booleanos na seguinte conjugação: “diabetes mellitus” AND “costs”. Verificou-se antecipadamente a existência das palavras-chave com recurso a thesaurus. A pesquisa contemplou publicações entre o período de 2013-2018, fazendo referência aos últimos 5 anos. Foram também utilizados, como critérios de inclusão, estudos realizados em países da União Europeia, estudos com idioma inglês, português ou espanhol, estudos com texto integral disponível e estudos gratuitos.

Na Polónia, Leśniowska *et al.* (2013), realizaram um estudo de prevalência (entre 2005 e 2009) para identificar os custos diretos e indiretos da DM (tipo 1 e tipo 2) e das suas complicações. Os autores verificaram que os custos diretos da DM têm vindo a aumentar desde o início do estudo. No período analisado, os custos diretos dos serviços médicos para ambos os tipos de DM duplicaram. A maior parte dos custos diretos e indiretos da DM estão associados ao tratamento de complicações relacionadas com a doença. Os custos diretos do tratamento hospitalar associados a complicações foram de 332 milhões de euros, o que superou em mais de cinco vezes os custos diretos do tratamento hospitalar da DM *per si*, que no mesmo ano foi de 58,5 milhões de euros. O total de custos dos serviços de saúde com a DM e com as suas complicações totalizaram 654 milhões de euros, o que constitui 2,8% do total dos custos de cuidados de saúde na Polónia. Estes autores concluíram que a DM está a causar um fardo económico crescente sobre o sistema de saúde da Polónia. A maior parte dos custos totais da DM são os custos indiretos causados por perdas de produtividade. Ambos os custos diretos e indiretos são impulsionados pelo custo das complicações associadas à DM.

Domeikienė *et al.* (2014) adotaram uma metodologia idêntica à do estudo anterior (estudo de prevalência) e desenvolveram uma investigação na Lituânia, cujo principal objetivo se

premia em estimar o custo anual direto com a saúde dos doentes com DM tipo 2 e suas complicações na população lituana. Para isso, recolheram uma amostra aleatória de participantes que foi formada usando o banco de dados do Fundo Nacional de Seguro de Saúde sob o Ministério da Saúde da Lituânia, em 2011. Nesse ano, 34,4% dos doentes com DM tiveram pelo menos um internamento. O custo médio anual por doente para cada episódio de internamento foi de 1.160,16€. Este custo aumentou gradualmente de acordo com o número de complicações associadas. Ou seja, de 671,94€ para episódios de internamento sem complicações e de 1.588,98€ para episódios de internamento com 3 e mais complicações.

Marcellusi *et al.* (2014) também estudaram os custos diretos e indiretos da DM, desta vez em Itália. Para isso desenvolveram um modelo probabilístico de custo de prevalência da doença. Este modelo foi desenvolvido para calcular uma medida agregada da carga económica associada à DM, em termos de custos médicos diretos (medicamentos, hospitalizações, manutenção e eventos adversos) e indiretos (absentismo e reforma precoce). Realizaram ainda uma revisão sistemática da literatura para determinar os dados epidemiológicos e económicos. Além disso, realizaram uma análise probabilística de sensibilidade unidirecional com 5.000 simulações de Monte Carlo para testar a robustez dos resultados e definir um IC de 95%. O modelo estimou uma prevalência de 2,6 milhões de doentes a cumprir terapêutica antidiabética na Itália. A carga económica total de doentes diabéticos ascendeu a 20,3 biliões de euros por ano, 54% dos quais estão associados a custos indiretos (11,62 biliões de euros) e 46 % com custos diretos (11,06 biliões de euros). O custo direto com mais peso foi o internamento, compreendendo-se em 3,83 biliões de euros.

Em Espanha, Mata-Cases *et al.* (2015), através de um estudo retrospectivo realizado no ano 2011, estimaram os custos de saúde associados aos doentes com DM tipo 2 em comparação com indivíduos não-diabéticos. O custo médio anual por doente foi 3.110,10€ e 1.803,60€ para indivíduos diabéticos e não diabéticos, respetivamente (diferença de 1.306,50€; ou seja, 72,4% de aumento de custos), sendo o custo médio de cada internamento de 1.303,10€ e 801,60€, respetivamente (aumento de 62%) e o custo médio da medicação de 925€ e 489,20 €, respetivamente (aumento de 89.1%). Assim, estes autores concluíram que o aumento dos custos estimados para doentes com DM tipo 2, em comparação com indivíduos não diabéticos, são principalmente devido a internamentos e medicamentos.

Dois anos depois, Nuño-Solinís *et al.* (2016), realizaram um estudo transversal novamente em Espanha e os resultados foram semelhantes quanto aos doentes diabéticos. Estimaram os custos diretos dos cuidados de saúde prestados aos doentes com DM tipo 2 e compararam-nos com os custos dos cuidados de saúde prestados aos doentes com uma doença crónica diferente. O custo médio de saúde anual de uma pessoa com DM tipo 2 foi de 3.432€. O custo associado a homens foi 161€ mais elevado em comparação com o custo associado a mulheres. Nas zonas mais socioeconomicamente desfavorecidas, o custo por doente era 468€ (14,9%) maior do que nas zonas mais privilegiadas. Além disso concluíram que o custo dos cuidados de saúde foi 68,5% maior em doentes com DM tipo 2 do que em doentes com outras doenças crónicas.

Na Dinamarca, Sortso *et al.* (2016) deram importância aos custos sociais associados à DM. Por isso, realizaram um estudo transversal e utilizaram o Registo Nacional de Diabetes da Dinamarca para colher dados de 2011. Concluíram que os custos para a sociedade atribuíveis à DM foram estimados em pelo menos 4,27 mil milhões de euros em 2011, correspondendo a 14.349€ por doente, por ano. Um uso duas vezes maior de recursos de saúde foi encontrado em doentes com DM, em comparação com a população sem DM. Os custos atribuíveis, agrupados de acordo com diferentes componentes, foram de 732 milhões de euros para serviços de cuidados primários e secundários, 153 milhões de euros para medicamentos, 851 milhões de euros para serviços de enfermagem, 1,77 mil milhões de euros em produtividade perdida e 761 milhões de euros para custos adicionais. Um aumento acentuado nos custos da DM foi encontrado em doentes com complicações graves em comparação com doentes sem complicações. Para os custos de saúde atribuíveis à DM, este aumento foi estimado em 6.992€ por pessoa, por ano. Com estes resultados pode dizer-se que quase metade dos custos totais associados a doentes com DM podem ser atribuídos diretamente à doença. A maioria dos custos são incorridos entre os doentes com complicações associadas, o que aponta para a importância da prevenção secundária em doentes diabéticos e prevenção primária em doentes sem DM.

Em Portugal, o OND pertencente à SPD, é responsável por realizar relatórios anuais sobre a DM tal como mencionado no capítulo anterior. Esses relatórios apresentam dados sobre os custos diretos associados à DM, abordam a epidemiologia da doença, verificando-se uma tendência significativa para o aumento da prevalência da mesma à medida que os anos avançam, assim como o aumento dos internamentos associados à DM e suas complicações. Contudo, não foram mencionadas associações entre o aumento dos

internamentos, assim como a duração dos mesmos, e fatores influenciadores. Para além disso, na pesquisa realizada, não se encontraram estudos primários realizados em Portugal que abordassem os custos associados à DM, quer a nível nacional, regional ou local.

Num país onde o SNS se rege pelo Modelo de *Beveridge*, o financiamento é feito na sua maioria pelo Estado, como já foi mencionado. Existindo uma Portaria, saída em Diário da República, onde se encontra uma Tabela Nacional de GDH com preços associados a cada diagnóstico codificado, põe-se em causa qual o meio de financiamento que seria mais rentável para as unidades hospitalares, supondo que todos os episódios de internamento fossem pagos com base nessa tabela. Todavia, nenhum dos estudos encontrados abordam tais assuntos.

Por isto, propõe-se a realização do presente estudo, para que se aumente o conhecimento em questões ainda não estudadas sobre o tema em Portugal, tentado perceber quais os fatores que afetam o tempo de internamento em doentes com DM, qual o método de financiamento que permite um maior encaixe financeiro para o tratamento de doentes e ainda, entender de que forma os internamentos por DM influenciam o cumprimento das metas contratualizadas.

CAPÍTULO 4: METODOLOGIA E DADOS DA INVESTIGAÇÃO

No presente capítulo apresenta-se a população em estudo, os métodos utilizados para a recolha dos dados, assim como a metodologia de investigação adotada para a realização do estudo. Para isso, ter-se-á em atenção os objetivos e as questões em estudo, de forma a adequar o tipo de investigação que melhor perspectiva os resultados a obter, pois ao tipo de estudo “corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação” (Fortin, 2003, p. 133).

4.1. Base de Dados e Enquadramento Metodológico

Para realização do estudo, adota-se uma estratégia de investigação quantitativa para que seja possível atingir os objetivos definidos e dar resposta à questão de investigação. Segundo Fortin (2003, p.22) “o método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”.

4.1.1. Base de dados: População e variáveis em estudo

Para o presente estudo, foram recolhidos dados sobre cada episódio de internamento com diagnóstico principal DM, associando-o às variáveis “nível de severidade”, “tempo de internamento”, “limiar máximo de dias de internamento”, “reinternamento”, “doente equivalente”, “tipo de DM”, “sexo” e “complicações”.

É ainda de referir que se trata de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal, uma vez que se recorrerá a um período limitado no tempo, correspondente aos anos 2015 e 2016. Foi considerado esse período temporal, uma vez que eram os anos mais recentes que permitiam a recolha de todos os episódios de internamento codificados referentes ao período de um ano. Os anos posteriores ainda não tinham toda a codificação terminada.

A investigação realiza-se com dados do Hospital de Portimão, uma vez que o acesso aos mesmos se torna mais acessível. Contudo, o facto de o Algarve se dividir em Barlavento e Sotavento faz com que as unidades de saúde, aos três níveis de cuidados, sirvam populações diferentes, ainda que ao nível dos cuidados secundários se tenham unido num único Centro Hospitalar. Assim, optou-se por estudar os dados referentes à população que reside na zona mais ocidental do Algarve.

Neste estudo são considerados todos os internamentos com diagnóstico principal DM, no Hospital de Portimão em 2015 e 2016, não existindo necessidade de recorrer a processos de amostragem para escolher um conjunto de indivíduos representantes da população.

Excluem-se através de critério de exclusão, os indivíduos estrangeiros, uma vez que não é possível contrastar os dois tipos de financiamento, visto que os episódios de internamento desses indivíduos não são financiados pelo Estado Português, mas sim por entidades terceiras; e os indivíduos transferidos para outras unidades de saúde, uma vez que se perde a informação relativa ao episódio de internamento, não sendo possível apresentar dados fiáveis acerca desses episódios.

A obtenção dos dados para o estudo é feita com recurso a fontes secundárias e a estatísticas oficiais, cujas informações serão recolhidas a partir de uma base ou registo de dados, respetivamente, a fim de se obter os dados desejados. São estas a *WebGDH*, a Base de Dados Nacional de GDH, a Tabela Nacional de GDH: *All Patient Refined DRG*, e o CP em vigor para os anos 2015 e 2016.

A *WebGDH* é uma aplicação que funciona em ambiente *web* destinada à recolha, edição e agrupamento de episódios de internamento, de cirurgia de ambulatório ou de ambulatório médico codificados, produzida pela empresa *TimeStamp* sob contrato para a ACSS, I.P. (ACSS, 2013).

A Base de Dados Nacional de GDH contém informação dos episódios de internamento, cirurgia de ambulatório e ambulatório médico das instituições hospitalares do SNS codificadas segundo a ICD-9-CM e agrupadas em GDH (ACSS, 2011).

Na Tabela Nacional de GDH: *All Patient Refined DRG*, encontra-se explanado, para cada GDH e nível de severidade, o limiar de dias de internamento (inferior, superior, máximo) e o preço do episódio de internamento. Este valor corresponde ao que é financiado pelas terceiras entidades às instituições hospitalares do SNS.

No CP encontra-se descrito o valor financiado pelo Estado, por cada episódio de internamento, às entidades hospitalares do SNS, ajustando-o posteriormente de acordo com o índice de *case mix* e doente equivalente.

Serão analisados os dados fornecidos pelas bases e registos de dados, de forma a alcançar o objetivo do estudo, dando resposta à questão formulada. Recorrer-se-á a ferramentas

informáticas como o Excel e o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), para efeitos de tratamento estatístico.

4.1.2. Enquadramento Metodológico

Os resultados serão obtidos com recurso à aplicação de técnicas de estatística descritiva, de acordo com os objetivos do estudo.

Para analisar o quadro da DM ao nível da duração média dos internamentos, aplicar-se-á a taxa de prevalência da DM por sexo, tipo, complicações associadas e nível de severidade e verificar-se-á a influência dessas variáveis no tempo de internamento.

A taxa de prevalência (TP) é uma estatística descritiva epidemiológica e define uma proporção entre o nº de casos com uma determinada característica, *p.e.*, com DM tipo 2 (variável aleatória) e o nº total de casos em estudo (variável constante). Assume a seguinte expressão:

$$TP = \frac{n^{\circ} \text{ de casos}}{n^{\circ} \text{ total de casos}} \times 100 \quad (1)$$

A metodologia para análise das fontes de financiamento passará por calcular o preço dos episódios de internamento, de acordo com o CP e com a Tabela Nacional de GDH, para posteriormente os comparar e verificar qual é que permite um maior encaixe financeiro à instituição de saúde.

O preço do internamento, de acordo com o CP, é contratado de acordo com a seguinte metodologia comum: (doente equivalente \times índice de *case mix* \times preço unitário).

O preço do internamento, de acordo com a Tabela Nacional de GDH, é dado pela seguinte metodologia comum: (doente equivalente \times preço do internamento de acordo com o nível de severidade). Caso os dias de internamento sejam superiores aos dias considerados no limiar máximo, acrescenta-se o valor da diária de internamento à metodologia supracitada. Os valores do preço de internamento e o valor da diária, por nível de severidade, são definidos na Tabela Nacional de GDH (Anexo 2).

Para analisar a influência da DM no cumprimento das metas contratualizadas calcular-se-á a percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo, a percentagem de reinternamentos em 30 dias, a demora média e o índice de demora média ajustada.

O índice de demora média ajustada (IDMA) é o quociente entre a demora média observada e a demora média esperada, que é dado pela seguinte expressão:

$$\text{IDMA} = \frac{\text{demora média observada}}{\text{demora média esperada}} \quad (2)$$

Entende-se por demora média observada, *p.e.*, o número de dias que, em média, os doentes permanecem na realidade internados, por episódio de internamento. É calculada pelo rácio entre o número de dias de internamento e o número de doentes internados. A demora média esperada corresponde ao número de dias que, em média, se esperaria que cada doente permanecesse internado em cada episódio de internamento. Considerou-se a demora média esperada expressa em tabela de GDH¹, de acordo com cada nível de severidade.

4.2. Questões éticas

Antes de se dar início à recolha de dados através de fontes secundárias foi indispensável realizar um pedido de consentimento formal para se obter acesso às mesmas, para fins académicos (Fortin, 2003). Nesse sentido, foi submetido um projeto de investigação ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento- Unidade de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), para consentimento do Conselho de Administração, que aprovou o acesso aos dados no dia 03/04/2018.

Para além do consentimento formal, importa referir que foram seguidas regras de conduta de utilização dos dados, tais como, anonimato e confidencialidade da informação, limitando-a ao objetivo solicitado, sem que esta seja utilizada para fins comerciais ou outros não estabelecidos; e identificação das fontes de informação.

¹ Corresponde à demora média de todos os episódios da Base de dados central de GDH (2012 e 2013), que serviram de base ao cálculo dos limiares de exceção.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

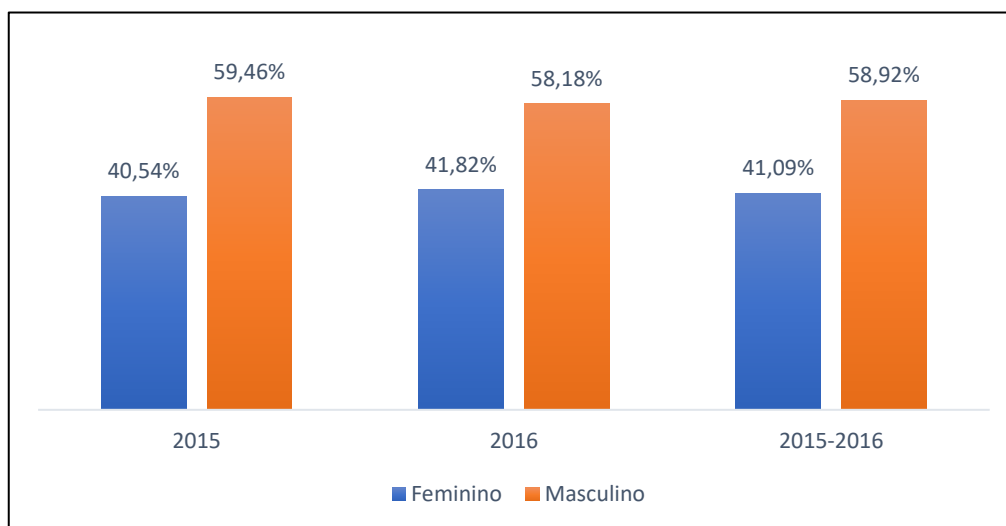
No presente capítulo são apresentados os principais resultados da investigação, decorrentes da aplicação da metodologia descrita no capítulo anterior. Numa primeira parte será feita uma caracterização da população e do quadro da DM e, posteriormente, apresentados os resultados que permitem comparar as diferentes fontes de financiamento em estudo e a influência da DM no cumprimento das metas contratualizadas.

5.1. Quadro da Diabetes *Mellitus*

A população do estudo são 126 doentes internados com diagnóstico principal DM, no Hospital de Portimão, nos anos 2015 e 2016, que não sofreram nenhuma transferência de hospital ou que não têm nacionalidade estrangeira. A 2015 e 2016 correspondem 74 e 55 doentes, respetivamente.

Relativamente ao sexo, 41,09% da população era do sexo feminino e 58,92% do sexo masculino. Em 2015, 40,54% dos doentes eram do sexo feminino e 59,46% do sexo masculino. Em 2016, 41,82% eram do sexo feminino e 58,18% do sexo masculino. (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1- Taxa de prevalência de doentes com DM por sexo.

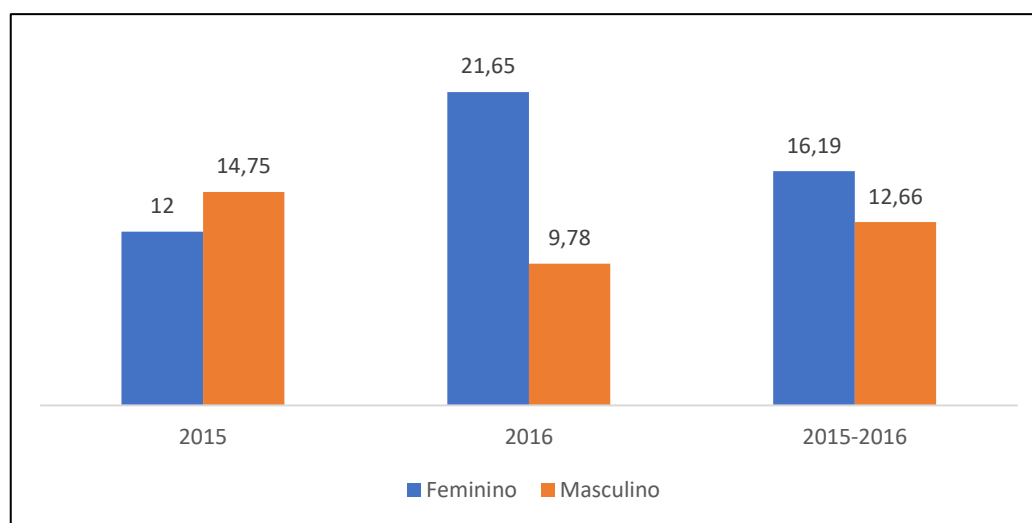


Fonte: Elaboração própria.

Os doentes diabéticos do sexo feminino obtiveram uma demora média de 16,19 dias de internamento e os doentes diabéticos do sexo masculino uma demora média de 12,66 dias de internamento. Analisando os anos separadamente, em 2015 a demora média foi de 12 dias de internamento para doentes do sexo feminino e 14,75 dias para os doentes do sexo

masculino e, em 2016 a demora média foi de 21,65 dias para os doentes do sexo feminino e 9,78 dias para os doentes do sexo masculino (**Gráfico 5.2**).

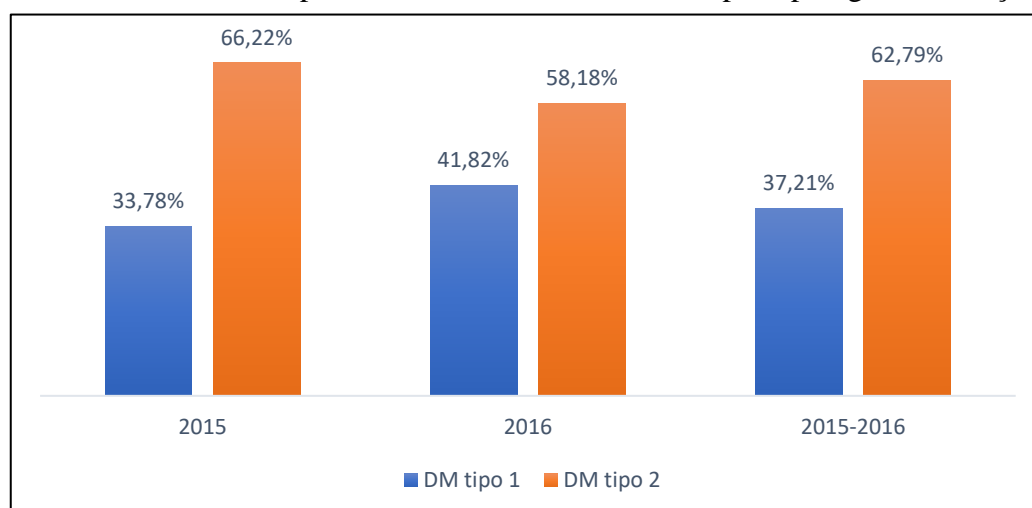
Gráfico 5.2– Relação entre tempo de internamento e sexo: demora média, em dias.



Fonte: Elaboração própria.

Considerando a totalidade dos diabéticos em estudo, 62,79% tinham DM tipo 2 e 37,21% tinham DM tipo 1. Em 2015, dos 74 doentes internados com DM, 66,22% tinham a classificação tipo 2 e 33,78%, tipo 1. Em 2016, dos 55 doentes em estudo, 58,18% eram diabéticos tipo 2 e 41,2% diabéticos tipo 1 (**Gráfico 5.3**).

Gráfico 5.3 - Taxa de prevalência de doentes com DM por tipologia da doença.

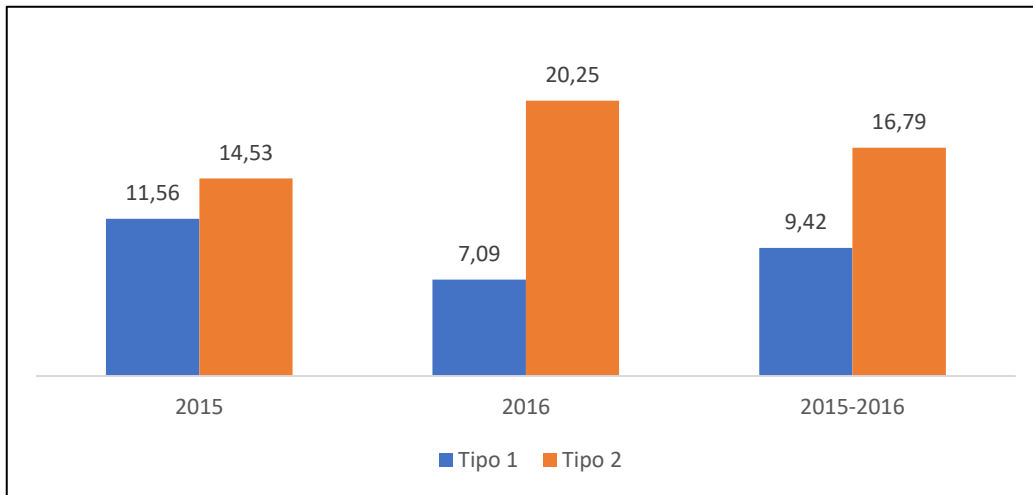


Fonte: Elaboração própria.

Os doentes com DM tipo 1 obtiveram uma demora média de 9,42 dias de internamentos e os doentes com DM tipo 2 uma demora média de 16,79 dias. Analisando os anos separadamente, em 2015 a demora média foi de 11,56 dias de internamento para doentes

com DM tipo 1 e 14,53 dias para doentes com DM tipo 2 e, em 2016 a demora média foi de 7,09 dias para os doentes com DM tipo 1 e 20,25 dias para os doentes com DM tipo 2 (Gráfico 5.4).

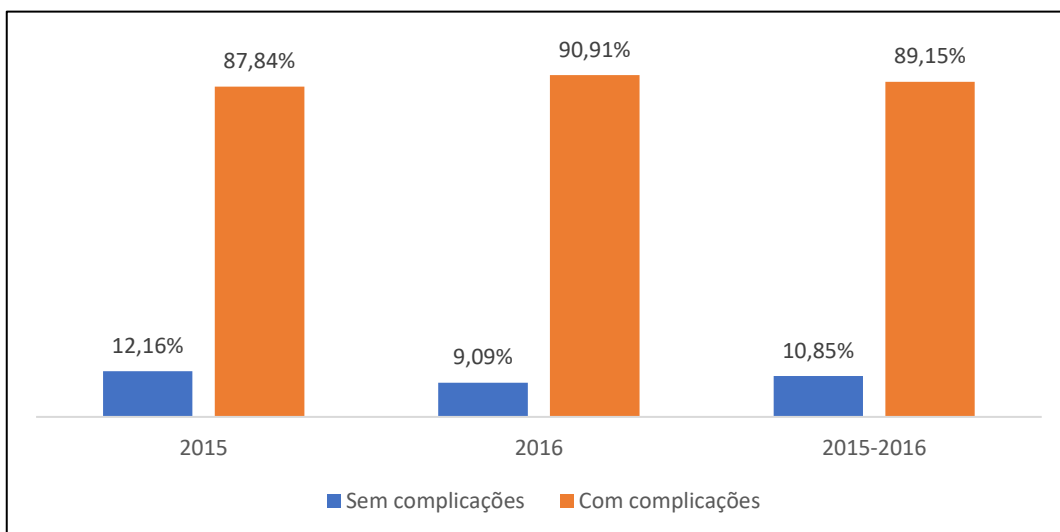
Gráfico 5.4 – Relação entre tempo de internamento e tipologia da doença: demora média, em dias.



Fonte: Elaboração própria.

Quanto à TP de complicações associadas à DM, considerando o período temporal dos dois anos em estudo, 89,15% dos doentes sofriam de complicações associadas e 10,85% não tinham complicações. Em 2015, 87,84% dos casos tinham complicações associadas, e 12,16% não tinham complicações. Em 2016, 90,91% dos doentes eram internados com complicações associadas à doença e 9,09% não tinham complicações (Gráfico 5.5).

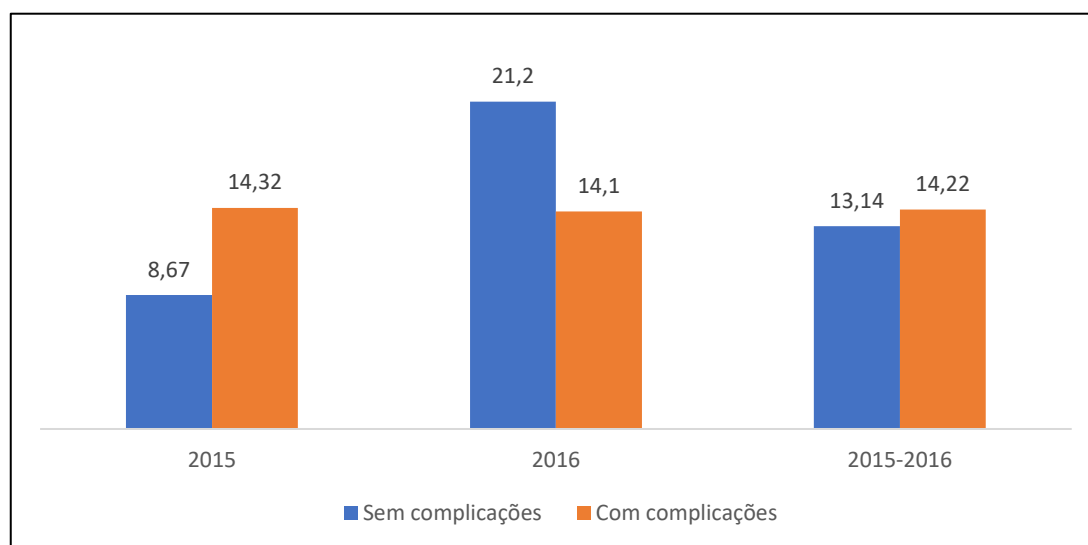
Gráfico 5.5 - Taxa de prevalência de doentes com DM por complicações associadas.



Fonte: Elaboração própria.

Os episódios de internamento sem complicações associadas obtiveram uma demora média de 13,14 dias de internamento e os episódios de internamento com complicações associadas uma demora média de 14,22 dias. Analisando os anos separadamente, em 2015 a demora média foi de 8,67 dias para internamentos sem complicações e 14,32 dias para internamentos com complicações e, em 2016 a demora média foi de 21,2 dias para internamentos sem complicações e 14,1 dias para internamentos com complicações (Gráfico 5.6).

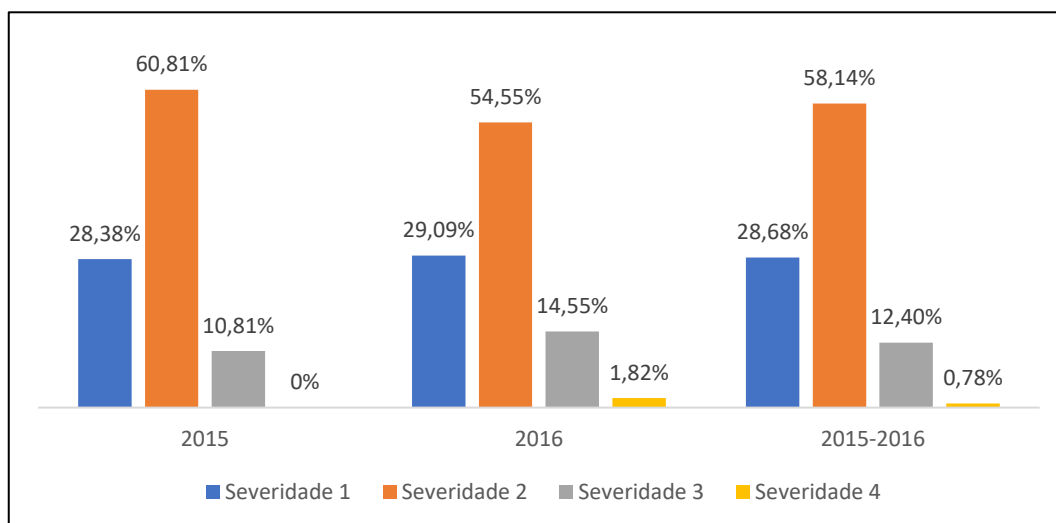
Gráfico 5.6 - Relação entre tempo de internamento e complicações: demora média, em dias.



Fonte: Elaboração própria

Referentemente ao nível de severidade atribuído, 28,68% dos internamentos foram classificados com nível de severidade 1, 58,14% com nível de severidade 2, 12,40% com nível de severidade 3 e 0,78% com nível de severidade 4. Em 2015, 28,38% dos internamentos foram classificados com severidade 1, 50,81% com severidade 2, 10,81% com severidade 3 e não houve nenhum episódio de internamento com severidade 4. Em 2016, 29,09% foram episódios de internamento de severidade 1, 54,55% de severidade 2, 14,55% de severidade 3 e 1,82% de severidade 4 (Gráfico 5.7).

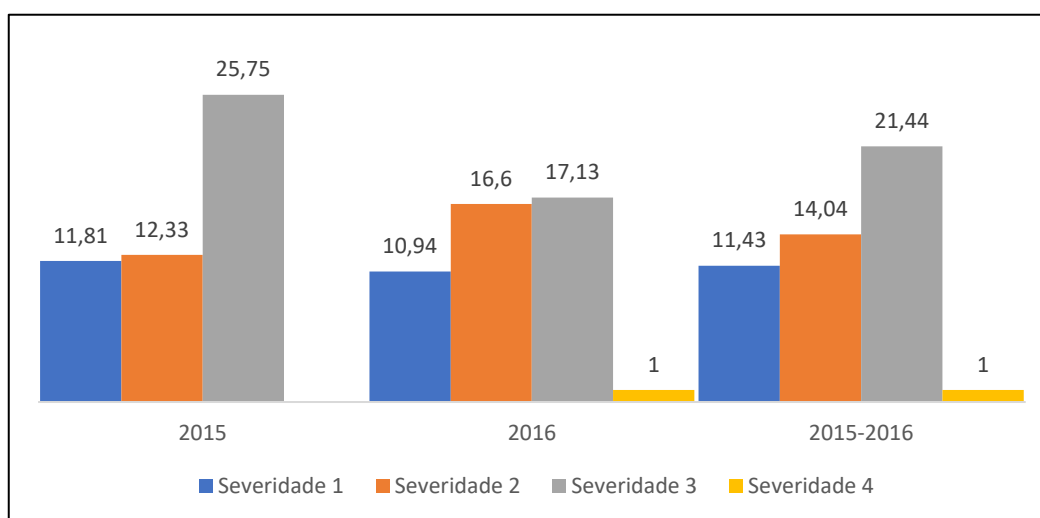
Gráfico 5.7- Taxa de prevalência de doentes com DM por nível de severidade.



Fonte: Elaboração própria.

Os episódios de internamento com nível de severidade 1 obtiveram uma demora média de 11,43 dias de internamento, com nível de severidade 2 uma demora média de 14,04 dias de internamento, com nível de severidade 3 uma demora média de 21,44 dias de internamento e com nível de severidade 4 uma demora média de 1 dia de internamento. Em 2015 a demora média para o nível de severidade 1 foi de 11,81 dias, para o nível de severidade 2 foi de 12,33 dias e para o nível de severidade 3 foi de 25,75 dias. Em 2016 a demora média para o nível de severidade 1 foi de 10,94 dias, para o nível de severidade 2 foi de 16,6 dias, para o nível de severidade 3 foi de 17,13 dias e para o nível de severidade 4 foi de 1 dia (**Gráfico 5.8**).

Gráfico 5.8 – Relação entre tempo de internamento e nível de severidade: demora média, em dias.



Fonte: Elaboração própria.

5.2. Metodologias de Financiamento e Custo da Diabetes Mellitus

De acordo com a contratualização de cuidados de saúde para os anos 2015 e 2016, foi calculado o custo direto dos episódios de internamento por DM (**Tabela 5.9**), totalizando 228.169,71€.

Analisando os custos por nível de severidade, 64.667,39€ (28,34%) foram atribuídos ao nível de severidade 1, 134.160,70€ (58,80%) ao nível de severidade 2, 28.955,55€ (12,69%) ao nível de severidade 3 e 386,07€ (0,17%) ao nível de severidade 4.

Atendendo ao tipo de DM, 82.426,69€ (36,13%) foram gastos com o tipo 1 e 177.014,82€ (51,29%) com o tipo 2. Quanto às complicações associadas, 21.234,07€ (9,31%) foram gastos com episódios de internamento com complicações associadas à DM e 206.935,64€ (90,69%) com episódios de internamento sem complicações. Relativamente ao sexo, 135.125,89€ (59,22%) corresponderam a gastos com doentes do sexo masculino e 93.043,93€ (40,78%) com doentes do sexo feminino.

Tabela 5.9– Custo dos episódios de internamento por DM.

	2015	2016	2015-2016
	133.195,51€	94.974,20€	228.169,71€
Severidade 1	35.711,84€	28.955,55€	64.667,39€
Severidade 2	82.040,71€	52.119,99 €	134.160,70€
Severidade 3	15.442,96€	13.512,59 €	28.955,55€
Severidade 4	-	386,07 €	386,07€
DM tipo 1	43.433,22€	38.993,47 €	82.426,69€
DM tipo 2	89.762,19€	55.980,73 €	177.014,82€
Sem complicações	13.512,59€	7.721,48 €	21.234,07€
Com complicações	119.682,92€	87.252,72 €	206.935,64€
Masculino	79.145,16€	55.980,73€	135.125,89€
Feminino	54.050,35€	38.993,40€	93.043,93€

Fonte: Elaboração própria

Considerando o valor, em euros, tabelado em Tabela Nacional de GDH, para o diagnóstico DM e seus níveis de severidade, calculou-se a diferença entre o financiamento por Tabela Nacional de GDH e o que é disponibilizado através do CP ao Hospital (**Tabela 5.10**).

Em análise aos dois anos consecutivos, para o nível de severidade 1 o valor financiado para os GHD seria de 35.633,07€, obtendo-se uma diferença de 30.990,95€ a favor do financiamento por CP; para o nível de severidade 2 o valor financiado para os GDH seria

de 120.920,10€, obtendo-se uma diferença de 13.240,60€ a favor do financiamento por CP; para o nível de severidade 3 o valor financiado para os GDH seria de 39.081,39€, obtendo-se uma diferença de 10.125,84€ a favor do financiamento por Tabela Nacional de GDH; e para o nível de severidade 4 o valor financiado para os GDH seria de 1.544,2€, obtendo-se uma diferença de 1.158,13€ a favor do financiamento por Tabela Nacional de GDH. Considerando a totalidade dos episódios de internamento em 2015 e 2016, obter-se-ia um total de 197.178,76€ através do financiamento por Tabela Nacional de GDH, existindo uma diferença de 30.990,95€ a menos do que o valor financiado por CP.

Tabela 5.10 - Diferença entre financiamentos.

	Nível de severidade	CP (€)	Tabela GDH (€)	Diferença (€)
2015	1	35.711,84	20.843,94	+14.867,90
	2	82.040,71	64.302,77	+17.737,94
	3	15.442,96	21.386,28	-5.943,32
	4	-	-	-
	Total	133.195,51	106.532,99	+26.662,52
2016	1	28.955,55	14.789,13	+14.166,42
	2	52.119,99	56.617,33	-4.497,34
	3	13.512,59	17.695,11	-4.182,52
	4	386,07	1.544,2	-1.158,13
	Total	94.974,20	90.645,77	+4.328,43
2015-2016	1	64.667,39	35.633,07	+30.990,95
	2	134.160,70	120.920,10	+13.240,60
	3	28.955,55	39.081,39	-10.125,84
	4	386,07	1.544,2	-1.158,13
	Total	228.169,71	197.178,76	+30.990,95

Fonte: Elaboração própria.

Analisando separadamente o ano de 2015, para o nível de severidade 1 o valor financiado para os GDH seria de 20.843,94€, obtendo-se uma diferença de 14.867,90€ a favor do financiamento por CP; para o nível de severidade 2 o valor financiado para os GDH seria de 64.302,77€, obtendo-se uma diferença de 17.737,94€ a favor do financiamento por CP; e, para o nível de severidade 3 o valor financiado para os GDH seria de 21.386,28€,

obtendo-se uma diferença de 5.943,32€ a favor do financiamento por Tabela Nacional de GDH. Considerando a totalidade dos episódios de internamento em 2015, obter-se-ia um total de 106.532,99€ através do financiamento por Tabela Nacional de GDH, existindo uma diferença de 26.662,52€ a menos do que o valor financiado por CP.

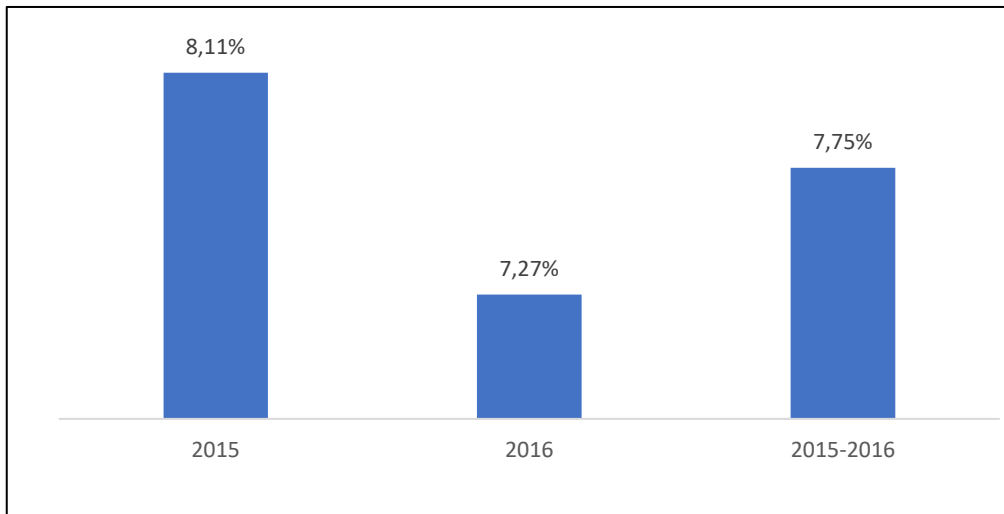
Quanto ao ano de 2016, para o nível de severidade 1 o valor financiado para os GDH seria de 14.789,13€, obtendo-se uma diferença de 14.166,42€ a favor do financiamento por CP; para o nível de severidade 2 o valor financiado para os GDH seria de 56.617,33€, obtendo-se uma diferença de 4.497,34€ a favor do financiamento por Tabela Nacional de GDH; para o nível de severidade 3 o valor financiado para os GDH seria de 17.695,11€, obtendo-se uma diferença de 4.182,52€ a favor do financiamento por Tabela Nacional de GDH; e para o nível de severidade 4 o valor financiado para os GDH seria de 1.544,2€, obtendo-se uma diferença de 1.158,13€ a favor do financiamento por Tabela Nacional de GDH. Considerando a totalidade dos episódios de internamento em 2016, obter-se-ia um total de 90.645,77€ através do financiamento por Tabela Nacional de GDH, existindo uma diferença de 4.328,43€ a menos do que o valor financiado por CP.

5.3. Diabetes Mellitus e Metas Contratualizadas

Para verificar a influência da DM no cumprimento das metas contratualizadas para os anos 2015 e 2016, foi calculada a percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo, a percentagem de reinternamentos em 30 dias, a demora média e o índice de demora média ajustada. Considerou-se ainda o cálculo da percentagem de reinternamentos em 72 horas, uma vez que só há lugar ao pagamento do último episódio de internamento nesses casos.

Quanto à duração do internamento acima do limiar máximo, durante todo o período em estudo, verificou-se que 7,75% dos casos ultrapassou esse limiar. Em 2015 e 2016, 8,11% e 7,27% dos episódios de internamento excederam o tempo de internamento, respetivamente, ultrapassando o limiar máximo tabelado em Tabela Nacional de GDH (**Gráfico 5.11**).

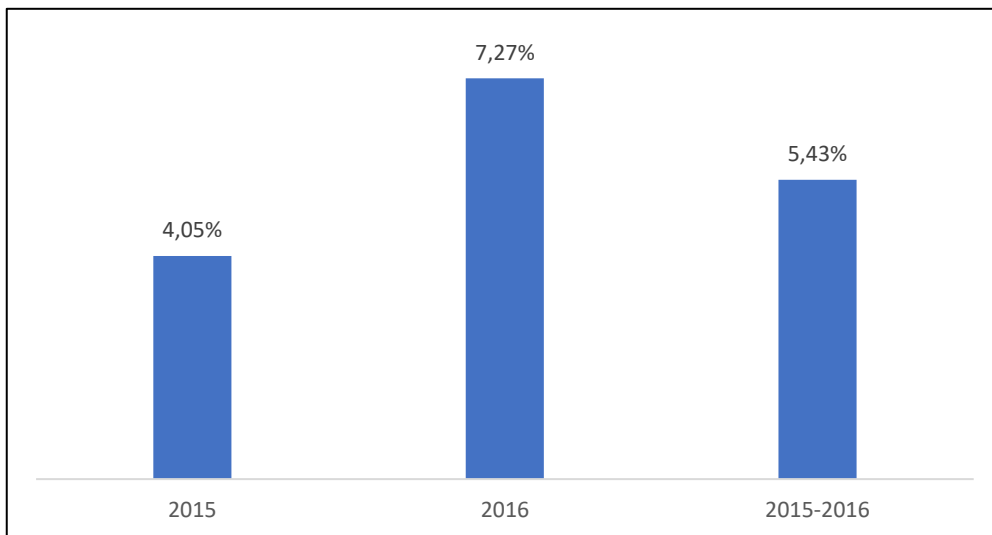
Gráfico 5.11 – Percentagem de internamentos que excederam o limiar máximo.



Fonte: Elaboração própria.

Verificou-se a existência de 5,43% de reinternamentos em 30 dias com o mesmo diagnóstico principal (DM), nos dois anos em estudo. Em 2015, 4,05% dos doentes foram novamente internados em 30 dias, e em 2016 a percentagem foi de reinternamentos foi de 7,27% (**Gráfico 5.12**).

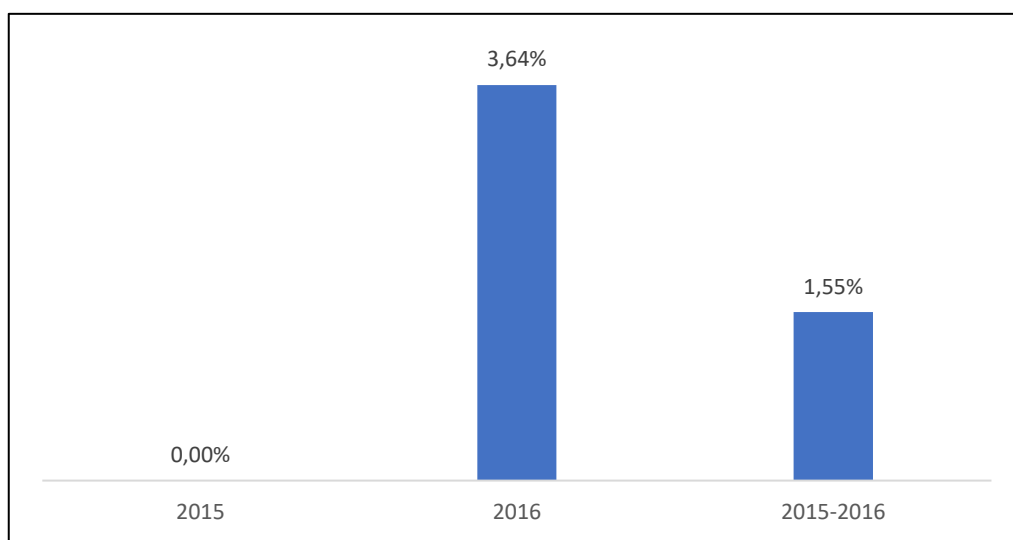
Gráfico 5.12 – Percentagem de reinternamentos em 30 dias.



Fonte: Elaboração própria.

Relativamente a reinternamentos em 72 horas, verificou-se a existência de uma percentagem de 1,55% durante o período em estudo. Em 2015 não existiu nenhum reinternamento em 72 horas e em 2016 a percentagem foi de 3,64% (**Gráfico 5.13**).

Gráfico 5.13 – Percentagem de reinternamentos em 72 horas.



Fonte: Elaboração própria.

Quanto à monitorização do cumprimento do tempo de internamento contratualizado, considerou-se como medida a demora média e o índice de demora média ajustado, associado aos diferentes níveis de severidade.

Nos dois anos em estudo, verificou-se uma demora média de 11,43 dias em episódios de internamento com nível de severidade 1, de 13,86 dias com nível de severidade 2, de 21,44 dias com nível de severidade 3 e 1 dia com nível de severidade 4.

Analisando separadamente os anos em estudo, apurou-se que em 2015 a demora média foi de 11,81 dias associada ao nível de severidade 1, 12,33 dias associada ao nível de severidade 2 e 25,75 dias associada ao nível de severidade 3. Em 2016, a demora média foi de 10,94 dias para os episódios de internamento com nível de severidade 1, 16,06 dias com nível de severidade 2, 17,73 com nível de severidade 3 e 1 dia com nível de severidade 4 (**Tabela 5.14**).

Tabela 5.14 – Demora média, em dias, dos episódios de internamento.

	Severidade 1	Severidade 2	Severidade 3	Severidade 4	
2015	11,81	12,33	25,75	-	11,64
2016	10,94	16,06	17,73	1	14,75
2015-2016	11,43	13,86	21,44	1	14,11

Fonte: Elaboração própria.

Tendo em consideração o valor da demora média tabelado em Tabela Nacional de GDH, para cada nível de severidade, e considerando-o como demora média esperada, calculou-se o IDMA (**Tabela 5.15**).

Tabela 5.15 – Índice de demora média ajustado dos episódios de internamento.

	Severidade 1	Severidade 2	Severidade 3	Severidade 4
2015	1,85	1,77	2,37	-
2016	1,71	2,31	1,57	0,05
2015-2016	1,79	1,99	1,97	0,05

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente aos dois anos, verificou-se um índice de 1,79 para o nível de severidade 1 (mais 79% do que o esperado), de 1,99 para o nível de severidade 2 (mais 99% do que o esperado), de 1,97 para o nível de severidade 3 (mais 97% do que o esperado) e de 0,05 para o nível de severidade 4 (menos 95% do que o esperado).

Em 2015, o índice para o nível de severidade 1 foi de 1,85 (mais 85% do que o esperado), para o nível de severidade 2 foi de 1,77 (mais 77% do que o esperado) e para o nível de severidade 3 foi de 2,37 (mais 137% do que o esperado).

No ano 2016, verificou-se um valor de 1,71 para o nível de severidade 1 (mais 71% do que o esperado), de 2,31 para o nível de severidade 2 (mais 131% do que o esperado), de 1,57 para o nível de severidade 3 (mais 57% do que o esperado) e de 0,05 para o nível de severidade 4 (menos 95% do que o esperado).

CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os resultados mencionados no capítulo anterior, através de uma reflexão crítica. Para isso, ter-se-á presente a revisão da literatura, de modo a comparar os resultados obtidos com os resultados de estudos semelhantes e, dados fornecidos por fontes fiáveis, para sustento de opinião própria.

Analisando o quadro da DM, verificou-se o aumento da prevalência de internamentos por DM em indivíduos do sexo masculino (58,92%), comparativamente com indivíduos do sexo feminino (41,09%). Os custos diretos associados foram de 135.125,89€ e de 93.043,93€, respetivamente. Contudo, a duração do internamento foi maior em doentes diabéticos do sexo feminino (16,19 dias), tendo os doentes do sexo masculino uma demora média, para o tempo de internamento, de aproximadamente menos 4 dias.

No último relatório anual do OND – “Diabetes: Factos e Números”, produzido em 2016, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da DM entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%) da população portuguesa. Nuño-Solinís *et al.* (2016), corrobora o aumento dos custos associados aos homens.

A causa de tais resultados carece de investigação, para que se possa entender o que influencia diretamente o aumento da DM nos homens e, posteriormente, investir em cuidados de saúde direcionados à diminuição dessa influência, mesmo tendo estes um tempo de internamento menor relativamente às mulheres.

Nos anos em estudo, 62,79% dos internamentos referiam-se a DM do tipo 2 e custaram ao hospital 177.014,82€. Já os internamentos por DM tipo 1 foram menores (37,21%) e custaram ao hospital 82.426,69€; menos de metade em comparação com a DM tipo 2. Quanto ao tempo de internamento, verificou-se que os internamentos por DM tipo 2 tinham uma duração superior comparativamente aos internamentos por DM tipo 1 (aproximadamente mais 7 dias).

O aparecimento da DM tipo 2 está relacionado com hábitos de vida pouco saudáveis tais como, maus hábitos alimentares (excesso de hidratos de carbono) e sedentarismo (DGS, 2018). Assim, se existir uma adoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos indivíduos, a incidência de DM tipo 2 tende a diminuir. Contudo, o que se tem verificado nos últimos anos, é um aumento significativo da prevalência da doença (OND, 2016).

Segundo a OMS (2016) um em cada dois adultos com DM não tem conhecimento da doença e, por isso, vive longos períodos sem controlo da mesma. Quando a DM é diagnosticada, os indivíduos podem já ter desenvolvido complicações associadas à doença. Até 70% dos casos de DM tipo 2 podem ser prevenidos pela adoção de hábitos de vida saudável, representando que 160 milhões de pessoas em todo o mundo deixem de adquirir a doença até 2040 (OMS, 2016).

A educação e promoção para a saúde, que se define por um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo” (Carta de *Ottawa*, 1986), com vista à prevenção primária da DM, seria uma mais valia para um aumento na adesão a estilos de vida saudáveis por parte da comunidade desde cedo e, por conseguinte, diminuição da prevalência da doença, assim como internamentos futuros em ambiente hospitalar. Por isso, reforçar o papel dos cuidados de saúde primários é fundamental. Para além da educação para a saúde, colmatar a falta de médicos de família por indivíduo, assim como garantir acesso físico às unidades de saúde são também medidas importantes a ser adotadas.

Contudo, atualmente a prevenção em saúde é uma das maiores dificuldades do SNS. Segundo a OMS, apenas 1 a 2% do orçamento da saúde é alocado à prevenção de doenças crónicas (Boavida, 2016). Esta realidade deveria ser modificada, passando a maior fatia do investimento a pertencer aos cuidados de saúde primários, apostando na prevenção, e não no tratamento, para que a prevalência de doenças diminua e, por conseguinte, os encargos em saúde.

Tendo em consideração que é contratualizado anualmente um valor máximo financiado à instituição de saúde para a prestação de cuidados, os encargos financeiros com a DM poderiam ser utilizados, *p.e.*, no tratamento de outras patologias, ou mesmo, para compra de recursos materiais.

Estudos realizados, como o de Marcellusi *et al.* (2014) corroboram a premissa de que o internamento de doentes diabéticos é o que mais pesa nos custos diretos associados à DM. Domeikiené *et al.* (2014) concluíram que 34,4% dos doentes com DM tipo 2 têm pelo menos um episódio de internamento durante um ano. E, segundo Mata-Cases *et al.* (2015) e Nuño-Solinís *et al.* (2016), tais internamentos têm um custo médio superior a 60%

quando comparados com internamentos de doentes não diabéticos ou doentes com outro tipo de doença crónica.

No período em estudo, verificou-se ainda que, a maior parte dos internamentos foram associados à presença de complicações da doença (89,15% dos casos) e tiveram um tempo de internamento superior, comparativamente aos internamentos sem complicações. O custo associado foi de 206.935,64€ para internamentos com complicações e 21.234,07€ para internamentos sem complicações. Isto, remete não só para a importância de um investimento na prevenção primária, mas também, na prevenção secundária e controlo da doença, de modo a evitar o desenvolvimento de complicações *major* e, por conseguinte, internamentos associados.

Leśniowska *et al.* (2013), Domeikienė *et al.* (2014) e Sortso *et al.* (2016) também concluíram que a maior parte dos custos diretos são impulsionados pela presença de complicações associadas à DM.

O nível de severidade associado ao GDH da DM é tanto maior quanto o uso de recursos. Verificou-se que a demora média do internamento vai aumentado à medida que o nível de severidade também aumenta, associando-se assim um maior consumo de recursos. A duração do internamento é um dos indicadores que reflete o custo total dos cuidados prestados numa instituição. Contudo, atualmente é contratualizado um preço único por episódio de internamento, não tendo em consideração a associação entre nível de severidade e consumo de recursos. Verificou-se que a maioria dos episódios de internamento são codificados com nível de severidade 2.

Contrastando os custos dos doentes em estudo, com o financiamento por Tabela Nacional de GDH, pode concluir-se que, para o caso dos doentes internados com diagnóstico principal DM, o Hospital de Portimão tem um maior encaixe financeiro através do CP. Em 2015 e 2016, verificou-se uma diferença entre financiamentos de 26.662,52€ e 4.328,43€, respetivamente, a favor do CP. Ou seja, nos anos em estudo o Hospital de Portimão recebeu mais 30.990,95€ do que receberia se o financiamento tivesse por base a Tabela Nacional de GDH. Contudo, ressalva-se que o CP define um valor máximo de financiamento, o que não acontece com o financiamento por Tabela Nacional de GDH.

O facto da Tabela Nacional de GDH definir preços de internamento diferentes para cada nível de severidade, faz com que o nível de severidade 1 e 2 sejam subfinanciados (880,87€ e 1321,87€, respetivamente), comparativamente ao doente padrão definido no

CP (1930,37€). Tal não acontece com o nível de severidade 3 e 4 que têm preço de internamento superior ao doente padrão (2377,77€ e 7721,02€). De acordo com os resultados do estudo, a maioria dos doentes internados foram codificados com nível de severidade 1 e 2 para a doença DM, explicando a diferença entre financiamentos a favor do CP.

No caso dos episódios de internamento que excedem o limiar máximo de dias de internamento, se o financiamento tivesse por base a Tabela Nacional de GDH, a instituição de saúde receberia a mais um valor definido por cada dia excedente, situação que não acontece com o CP. A percentagem de episódios de internamento que excedeu o limiar máximo de dias de internamento no período em estudo foi de 7,75% (10 episódios de internamento), onde a maioria se classificou com nível de severidade 1 e 2. Isto acrescenta justificação à diferença entre financiamentos.

Contudo, para demonstrar efetivamente qual o método de financiamento que permite maior encaixe financeiro ao Hospital de Portimão para a prestação de cuidados, deveriam ser recolhidos dados acerca de todos os doentes internados, considerando a totalidade dos GDH codificados no período em estudo.

Quando se contratualiza com Hospitais e Centros Hospitalares 5% do que se define em CP é afeto a incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira e, repartem-se por objetivos nacionais (60%) e regionais (40%). Os objetivos são medidos através de indicadores, de modo a verificar o cumprimento ou incumprimento das metas a atingir. Todos os anos em acordo modificativo se retificam as ponderações e metas. No CP celebrado com o CHA, em 2015 e 2016, encontra-se o que foi contratualizado para esses anos (Anexo 3).

Com os dados obtidos conseguiu-se calcular a percentagem de reinternamentos em 30 dias, a percentagem de doentes saídos acima do limiar máximo e a demora média por internamento, que correspondem a alguns indicadores contratualizados para a área de desempenho assistencial. Sabendo que, a população em estudo corresponde a parte dos doentes internados durante os anos 2015 e 2016 no CHA, podemos analisar a influência destes no cumprimento das metas.

Considerando os doentes internados, com diagnóstico principal DM, no Hospital de Portimão em 2015, 4,05% foram reinternados em 30 dias e, em 2016 a percentagem foi de 7,27%. Isto, demonstra que, embora as percentagens de reinternamento em 30 dias

sejam baixas, correspondendo a 3 doentes em 2015 e 4 doentes em 2016, houve uma contribuição para o aumento do número de doentes reinternados em 30 dias no CHA, o que influencia negativamente a obtenção dos incentivos, atendendo que a meta a atingir era de 7% em 2015 e 3,7% em 2016.

Para além do indicador “percentagem de reinternamentos em 30 dias”, calculou-se a percentagem de reinternamentos em 72 horas, uma vez que, caso se verifique tal situação, só há lugar ao pagamento do último episódio de internamento. Apurou-se que em 2015 não existiu nenhum episódio de reinternamento em 72 horas, sendo um facto financeiramente positivo e, em 2016 existiram dois episódios de reinternamento em 72 horas (3,64%), correspondendo a uma perda de 3860,74€.

Assim, de forma a evitar repercussões, nomeadamente no financiamento da instituição, é importante que a informação registada sobre cada doente seja de qualidade (suficiente e precisa), de maneira a garantir uma correta codificação do episódio de internamento, por parte do médico codificador. Para além disso, a alta clínica deve ser dada a um doente estável e que reúna condições para tal, evitando reinternamentos na mesma grande categoria de diagnóstico. Contudo, o ideal seria a existência de articulação entre os diferentes níveis de cuidados, de forma a permitir uma participação e seguimento do internamento por parte dos cuidados de saúde primários e posteriormente dos cuidados de saúde terciários (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)), que se mostra ainda insuficiente em Portugal, principalmente no Algarve, Alentejo, Beira Interior e Trás-os-Montes e Alto Douro (Anexo 4).

Quanto à percentagem de doentes saídos acima do limiar máximo, em 2015, 8,11% doentes diabéticos excederam o limiar máximo de tempo de internamento e, em 2016, a percentagem foi de 7,27%. Importa referir que 80% dos doentes que excederam o limiar máximo de tempo de internamento no período em estudo eram diabéticos tipo 2. Tendo em conta o que foi definido em CP para o CHA nesses anos (2% para 2015 e 1,7% para 2016), mais uma vez, se demonstra que a DM, principalmente do tipo 2, influenciou negativamente o cumprimento das metas negociadas e posteriormente a obtenção financeira afeta aos incentivos contratualizados.

Relativamente à duração do internamento, de acordo com o contratualizado em CP, em 2015 este foi medido segundo a demora média e em 2016 através do índice de demora média ajustada. Quanto aos doentes diabéticos em estudo, apurou-se que em 2015 a

demora média foi de 11,64 dias e, em 2016 o índice de demora média ajustada foi calculado por níveis de severidade associados à doença (1,71 para a severidade 1; 2,31 para a severidade 2; 1,57 para a severidade 3 e 0,05 para a severidade 4). Tendo em consideração a meta negociada para 2015 em CP (8,20 dias), pode afirmar-se que os doentes diabéticos influenciaram de forma negativa o cumprimento da meta, ultrapassando o estipulado para a obtenção de incentivo financeiro. Em relação ao ano de 2016, também se verifica uma influencia negativa por parte da DM, pois o índice de demora média ajustada contratualizado em CP tinha uma meta de 1,1 e, o que se verifica é que, em todos os níveis de severidade essa meta é ultrapassada, com exceção do nível de severidade 4. Contudo, o nível de severidade 4 obteve um índice de demora média ajustada diminuto, uma vez que, o doente internado faleceu e, portanto, influencia o índice de mortalidade ajustada, que é também um dos indicadores que avaliam o desempenho assistencial para a obtenção de incentivos.

Isto demonstra uma necessidade urgente em diminuir o tempo de internamento, visto que a duração do internamento é um dos indicadores que reflete o custo total dos cuidados prestados numa instituição.

Um dos fatores que prolonga a duração do internamento é a referenciação na rede de cuidados continuados (Jasinarachchi *et al.*, 2009; Marques, 2010). Se por um lado, quando bem conseguida, evita reinternamentos em meio hospitalar, sendo prestados cuidados a pessoas em situação de dependência, com vista à sua reabilitação e reinserção social (SNS, 2016), por outro, a carência de vagas nas unidades de cuidados continuados faz com que grande parte dos doentes referenciados permaneçam internados em meio hospitalar e, por isso, o tempo de internamento aumente.

Lim *et al.* (2006) e Jasinarachchi *et al.* (2009) detetaram que as infeções nosocomiais são um dos grandes problemas que os doentes adquirem quando estão internados, sendo um problema médico que nada tem a ver com o diagnóstico principal de internamento. Consequência disso será o prolongamento do tempo de internamento, pois episódios de internamento que se preveem mais curtos, vêm-se inesperadamente prolongados pela ocorrência de infeção hospitalar.

A falha de comunicação entre profissionais de saúde, é também um dos fatores que aumenta o tempo de internamento (Tranquada, 2013; Sousa, 2013), assim como a

deficiente comunicação no cuidar (profissional de saúde-doente-profissional de saúde) (Kurtz, Silverman & Draper, 2005).

Um estudo publicado em 2018 pelo Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência (INESCTEC), intitulado “Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde” (INESCTEC, 2018), demonstrou que os cuidados de enfermagem especializados são um investimento com retorno para o SNS visto que, um menor tempo de internamento está associado a uma maior proporção de enfermeiros especialistas. Nesse relatório podem verificar-se mais efeitos financeiramente positivos decorrentes da especialização de Enfermagem.

A problemática do prolongamento do internamento hospitalar é complexa e multifatorial. Por isso, realizar uma análise individual em cada instituição de saúde, com vista ao levantamento dos principais fatores influenciadores do tempo de internamento seria uma mais valia para a gestão estratégica, com vista à diminuição do tempo de internamento, alcançando assim as metas definidas em CP.

CAPÍTULO 7: CONCLUSÃO

Este estudo pretendeu apresentar o quadro da DM e verificar a influência de diversos fatores ao nível da duração média do internamento; perceber se a atual forma de financiamento para a prestação de cuidados é favorável para a instituição de saúde em estudo, e ainda; verificar a influência que a DM tem no cumprimento das metas contratualizadas, nos anos 2015 e 2016.

A investigação permitiu concluir que a maioria dos internamentos foram associados à DM tipo 2. Esses internamentos custaram ao Hospital mais do dobro da despesa, comparativamente aos internamentos por DM tipo 1.

As complicações associadas à DM estiveram presentes em 89,15% dos internamentos, custando mais 185.701,57€ do que internamentos sem complicações. Verificou-se ainda uma duração maior do internamento em internamentos com complicações, comparativamente com internamentos sem complicações.

Os indivíduos do sexo masculino tiveram um maior número de internamentos, em comparação com os indivíduos do sexo feminino. Mais autores concluíram resultados semelhantes e, por isso, esta diferença carece de investigação, com vista ao conhecimento das causas que contribuem para o aumento da DM nos homens e, como consequência, o internamento hospitalar.

Averiguou-se que os doentes diabéticos internados no Hospital de Portimão influenciaram negativamente a obtenção dos incentivos financeiros contratualizados em CP. Desejava-se que não existissem reinternamentos em 30 dias, que a demora média por internamento não fosse superior à meta estabelecida e que não ocorressem saídas acima do limiar máximo de dias de internamento, realidade que não foi observada. Portanto, os internamentos por DM contribuíram para o incumprimento das metas negociadas e, por conseguinte, para a não atribuição de incentivos financeiros.

Isto demonstra que a despesa causada pelos internamentos por DM poderia ser maioritariamente evitada através de medidas políticas e de gestão.

Existe uma necessidade urgente de investimento nos cuidados de saúde primários, melhorando a educação e promoção para a saúde da população. Para isso é necessário que se aumente o orçamento de saúde alocado para esse nível de cuidados, permitindo eficácia

na prevenção e controlo da doença. Indivíduos saudáveis e doentes diabéticos controlados evitam internamentos hospitalares e, posteriormente, despesa em saúde.

Outra medida a ter em conta, seria o investimento na articulação entre os diferentes níveis de cuidados quando o doente se encontrasse internado, permitindo uma participação e seguimento do internamento por parte dos cuidados de saúde primários e, posteriormente, dos cuidados de saúde terciários.

A RNCCI atualmente não consegue dar resposta às necessidades exigidas. Observa-se um prolongamento nos internamentos devido à espera de vaga numa unidade de cuidados continuados. De modo a contornar essa situação seria importante investir em mais unidades de saúde pertencentes à RNCCI, principalmente unidades de convalescença e unidades de média duração e reabilitação.

Num estudo publicado, os Cuidados de Enfermagem Especializados contribuíram para a diminuição do tempo de internamento, ou seja, demonstrou-se que um menor tempo de internamento está associado a uma maior proporção de enfermeiros especialistas. Assim, autorizar a contratação de mais enfermeiros especialistas seria benéfico para combater a elevada demora média por internamento.

Para além disto, seria importante que se adotassem medidas de gestão internas, cabendo ao conselho de administração identificar frequentemente os problemas da instituição e executar um plano com estratégias de contorno, associando-lhe metas e indicadores de avaliação. Em caso de insucesso é importante que os gestores corrijam o erro no planeamento realizado para que se alcance o desejado.

Importa ainda referir que os objetivos definidos no planeamento estratégico de uma instituição de saúde devem estar alinhados em todos os níveis de gestão, desde a estratégica até à operacional, situação que não se conhece nas instituições de saúde. Atualmente, os operacionais desempenham funções sem saberem para quais objetivos trabalham. Isto acontece por falhas na comunicação entre gestores-gestores e entre gestores-operacionais.

A investigação possui limitações que devem ser tidas em consideração. A codificação em GDH apenas permite codificar o internamento dentro de uma única categoria de diagnóstico, gerando uma elevada heterogeneidade de casos dentro da mesma categoria. Para além disso, a codificação está dependente da qualidade dos registos efetuados, que

no caso de serem insuficientes ou deturpados, pode gerar codificações erradas e, por conseguinte, falsa informação relativamente à produção hospitalar. A insuficiente formação para médicos codificadores também dificulta a tradução da realidade que se passou na prestação de cuidados para códigos ICD-9-CM.

A falta de informação relativamente à quantidade de doentes referenciados para a RNCCI, não permite realizar uma análise tão aprofundada quanto ao tempo de internamento associado à DM. Sabe-se que existem doentes referenciados, no entanto seria importante conhecer o seu número para se apontar com mais clareza a referenciação como problema.

Todos os cálculos foram realizados com recurso a tabelas e valores definidos em documentos oficiais, ao invés de dados provenientes da contabilidade do Hospital, considerando-se a possibilidade da não existência de exatidão, mas sim aproximação aos valores reais dos custos diretos da DM.

Para além da investigação que visa entender o aumento da prevalência de DM nos homens, sugere-se ainda estender o estudo atual a todas as unidades do CHUA, de modo a entender melhor o impacto financeiro da DM para o Centro Hospitalar. E ainda, investigar qual o método de financiamento (CP ou Tabela Nacional de GDH) que permite ao hospital obter um melhor encaixe financeiro, considerando todos os códigos ICD-9-CM, com base na utilização de amostras aleatórias e recurso à estatística inferencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2009) Financiamento e Contratualização. Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/07_Mai_2009_UOFC.pdf (acedido a 02 de abril de 2018).
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011) Episódio de internamento. Disponível em: http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Epis%C3%B3dios_de_internamento (acedido a 11 de maio de 2018).
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013) WebGDH. Disponível em: <http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/WebGDH> (acedido a 11 de maio de 2018).
- Administração Central do Sistema de Saúde (2014) Contrato-Programa 2015: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contrato-Programa-2015.pdf> (acedido a 10 de abril de 2018).
- Administração Central do Sistema de Saúde (2016) Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS– Contrato-Programa 2016. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contratualizacao-HH-ULS-Termos-Referencia_VF.pdf (acedido a 10 de abril de 2018).
- Administração Central do Sistema de Saúde (2018) Grupos de Diagnósticos Homogéneos. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT> (acedido a 03 de abril de 2018).
- Boavida J. (2016) Dia Mundial da Saúde 2016 – Vencer a Diabetes: Como é que podemos construir uma resposta de sucesso na prevenção e controlo da doença crónica na Europa?. *Observações- Boletim Epidemiológico*, 15 (2), 1-2. Disponível em: http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N15_2016_editorial.pdf (acedido a 01 de outubro de 2018).
- Carta de Ottawa (1986) Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf (acedido a 20 de setembro de 2018).

- Direção Geral da Saúde (2004) *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Circular Normativa nº 002/2011, Lisboa, DGS.
- Direção Geral da Saúde (2015) *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa, DGS.
- Direção Geral da Saúde (2016) *Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP, ADM das Forças que devam ser cobradas pelas instituições hospitalares referentes ao ano 2015*. Circular Normativa nº 10636/2015/DPS/ACSS, Lisboa, DGS
- Direção Geral da Saúde (2016) *Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP, ADM das Forças Armadas, Imprensa Nacional Casa da Moeda que devam ser cobradas*. Circular Normativa nº 16/2016/DPS/ACSS, Lisboa, DGS
- Direção Geral da Saúde (2017) *Programa Nacional Para a Diabetes*. Lisboa, DGS.
- Direção Geral da Saúde (2018) Diabetes. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-diabetes/> (acedido a 07 de setembro de 2018).
- Domeikienė A., Vaivadaitė J., Ivanauskienė R., & Padaiga Ž. (2014) Direct cost of patients with type 2 diabetes mellitus healthcare and its complications in Lithuania. *Medicina*, 50 (1), 54-60.
- Escoval, A., Santos, A.T.L., & Barbosa, P. (2016) Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 17-27.
- Fortin, M. F (2003) *O processo de investigação: da concepção à realização*, 3ª edição, Loures, Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- INESCTEC (2018) Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf (acedido a 25 de outubro de 2018).

Jasinarachchi, K.H., Ibrahim, I.R., Keegan, B.C., Mathialagan, R., McGourty, J.C., Phillips, J.R.N. & Myint, P.K. (2009) Delayed transfer of care from NHS secondary care to primary care in England: its determinants, effect on hospital bed days, prevalence of acute medical conditions and deaths during delay, in older adults aged 65 years and over. *BMC BioMed Central Geriatrics*, 9(4).

Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*, 2ª edição, Oxford, Radcliffe Publishing.

Leśniowska J., Schubert A., Wojna M., Skrzekowska-Baran I., & Fedyna M. (2013) Costs of diabetes and its complications in Poland. *The European journal of health economics*, 15(6), 653-660.

Lim, S.C., Doshi, V., Castasus, B., Lim, J.K. & Mamun, K. (2006) - Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Ann Acad Med Singapore*. 35(1), 27-32.

Marques J. (2010) *Causas do Prolongamento do Internamento: O caso de um serviço de Medicina Interna*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/29111/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Jo%C3%A3o%20Marques.pdf> (acedido a 05 de outubro de 2018).

Marcellusi A., Viti R., Mecozzi A. & Mennini FS. (2014) The direct and indirect cost of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach. *The European journal of health economics*, 17(2), 139-147.

Mata-Cases M., Casajuana M., Franch-Nadal J., Casellas A., Conxa C., Vinagre I., Mauricio D., & Bolívar B. (2015) Direct medical costs attributable to type 2 diabetes mellitus: a population-based study in Catalonia, Spain. *The European journal of health economics*, 17(8), 1001-1010.

Ministério da Saúde (2015) Portaria n.º 234/2015. *Diário da República*, 1 (153), 5516 – 5654.

- Moita, V. & Meiler, S. (2006) *The diabetic surgical patient. Current Opinion in Anaesthesiology*, 19, 339-345.
- Nuño-Solinís R., Alonso-Morán E., Arteagoitia Axpe JM., Ezkurra Loiola P., Orueta JF. & Gaztambide S. (2016) Healthcare costs of people with type 2 diabetes mellitus in the Basque Country (Spain). *Endocrinologia y nutricion*, 63(10), 543-550.
- Observatório Nacional de Diabetes (2016) Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf> (acedido em 14 de março de 2018).
- Organização Mundial de Saúde (2016) Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1 (acedido em 14 de março de 2018).
- Organização Mundial de Saúde (2016) Dia Mundial da Saúde 2016: Combater a Diabetes. Disponível em: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=326:dia-mundial-da-saude-2016-combater-o-diabetes&Itemid=183&lang=en (acedido a 26 de março de 2018).
- Organização Mundial de Saúde (2016) Dia Mundial da Diabetes 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=343:dia-mundial-do-diabetes-2016&Itemid=183&lang=en (acedido a 26 de março de 2018).
- Organização Mundial de Saúde (2016) Informe Mundial sobre la Diabetes: Resumen de orientación. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=6C8CF3248E30BB772528226A8C742F6F?sequence=1 (acedido a 11 de setembro de 2018).
- Organização Mundial de Saúde (2017) Diabetes. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (acedido em 14 de março de 2018).
- Pordata- Base de Dados Portugal Contemporâneo (2018) Óbitos por algumas causas de morte (%). Disponível em:

[https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758-235711](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758-235711) (acedido em 26 de março de 2018).

Serviço Nacional de Saúde (2016) Coordenação Nacional para a Reforma Cuidados Continuados Integrados: Missão e Valores. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-continuados-integrados-2/coordenacao-nacional-para-a-reforma-cuidados-continuados-integrados/> (acedido a 22 de outubro de 2018).

Sociedade Portuguesa da Diabetologia (1999) Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Disponível em: http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid (acedido em 25 de março de 2018).

Sortso C., Green A., Jensen P. B. & Emneus M. (2016) Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. *Diabetic medicine*, 33(7), 877–885.

Sousa, A. (2013) *A Segurança do Paciente: Contributo da Comunicação na Passagem de Turno para a Qualidade dos Cuidados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15757> (acedido a 23 de outubro de 2018).

Tranquada, M. (2013) *A Comunicação Durante a Transição das Equipas de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE%20-%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NAS%20PASSAGENS%20DE%20TURNO.pdf> (acedido a 23 de outubro de 2018).

ANEXOS

ANEXO 1 - Fórmulas de cálculo para a conversão de episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais

(De acordo com a portaria 839-A/2009, de 31 de julho²)

Para converter os episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais aplicam-se as seguintes fórmulas de cálculo:

a) Episódio de curta duração em GDH com preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{peso ambulatório}) * Ti}{Li + 1}$$

b) Episódio de curta duração em GDH cirúrgicos sem preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso 1º dia} + \frac{1 - \text{peso 1º dia}}{Li} * (Ti - 1)$$

c) Episódio de curta duração em GDH médicos sem preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{Li + 1} * Ti$$

Sendo,

Li = Limiar inferior do GDHi

Ti = Tempo de internamento

peso ambulatório = Preço de Ambulatório/Preço de Internamento

peso 1º dia = Preço do 1º dia para GDH cirúrgicos/Preço de Internamento

² Documento disponível em http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%3%A1lculo%20do%20doente%20equivalente%20e%20ICM_2009_Finaln.pdf

ANEXO 2 – Tabela Nacional de GDH: Diabetes

(Portaria n.º 234/2015³)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
GDH	Designação	Nível de seriedade	Tipo GDH	Peso Relativo (NRT)	Preço de internamento	Peso Relativo (AMB)	Preço em Ambulatório	Dia de Internamento	GDH Cirurgias Preço 4º dia de internamento	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Pura
384	Contusão, ferida aberta e/ou outros traumas de pele e/ou tecido subcutâneo	3	M	1,3900	3.195,72 €	-	-	1.065,57 €	-	2	43	64	13,94
384	Contusão, ferida aberta e/ou outros traumas de pele e/ou tecido subcutâneo	4	M	3,3459	7.645,38 €	-	-	1.092,20 €	-	6	58	84	29,55
385	Outros perfurações de pele, tecido subcutâneo e/ou mama	1	M	0,2038	648,48 €	0,2286	522,35 €	63,07 €	-	1	10	15	3,64
385	Outros perfurações de pele, tecido subcutâneo e/ou mama	2	M	0,5369	1.226,82 €	0,2286	522,35 €	352,23 €	-	1	26	39	6,29
385	Outros perfurações de pele, tecido subcutâneo e/ou mama	3	M	1,2036	2.864,48 €	-	-	716,12 €	-	3	44	65	14,28
385	Outros perfurações de pele, tecido subcutâneo e/ou mama	4	M	3,5326	8.071,99 €	-	-	1.614,40 €	-	4	58	86	28,72
60CD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas												
401	Procedimentos na glândula pituitária e/ou suprarrenal	1	C	1,2584	2.875,44 €	-	-	2.874,52 €	2.104,83 €	1	16	24	7,24
401	Procedimentos na glândula pituitária e/ou suprarrenal	2	C	2,0487	4.681,28 €	-	-	4.679,78 €	3.426,70 €	1	27	40	10,99
401	Procedimentos na glândula pituitária e/ou suprarrenal	3	C	4,1352	9.448,93 €	-	-	2.361,48 €	6.916,62 €	4	49	72	19,41
401	Procedimentos na glândula pituitária e/ou suprarrenal	4	C	12,3109	28.130,41 €	-	-	2.943,45 €	20.991,46 €	12	69	98	39,5
403	Procedimentos para a catarata	1	C	0,9723	2.221,71 €	0,9723	2.221,71 €	-	-	1	12	18	4,71
403	Procedimentos para a catarata	2	C	1,1277	2.576,79 €	1,1277	2.576,79 €	-	-	1	13	19	5,8
403	Procedimentos para a catarata	3	C	1,8930	4.326,51 €	-	-	4.324,12 €	3.166,27 €	1	13	19	5,8
403	Procedimentos para a catarata	4	C	9,1365	20.876,90 €	-	-	2.087,02 €	15.281,89 €	10	63	90	32,15
404	Procedimentos na tireóide, paratireóide e/ou tireoglossa	1	C	0,6023	1.376,26 €	0,6023	1.376,26 €	-	-	1	5	7	2,81
404	Procedimentos na tireóide, paratireóide e/ou tireoglossa	2	C	0,8066	2.012,17 €	0,8066	2.012,17 €	-	-	1	9	13	4,42
404	Procedimentos na tireóide, paratireóide e/ou tireoglossa	3	C	2,1965	4.996,16 €	-	-	2.497,26 €	3.657,18 €	2	36	53	13,17
404	Procedimentos na tireóide, paratireóide e/ou tireoglossa	4	C	8,2079	18.755,05 €	-	-	4.687,26 €	13.726,70 €	4	65	96	35,73
405	Outros procedimentos para perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas	1	C	0,8104	1.851,76 €	0,8104	1.851,76 €	-	-	1	14	21	5,81
405	Outros procedimentos para perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas	2	C	1,8980	4.336,93 €	1,8980	4.336,93 €	-	-	1	48	71	19,5
405	Outros procedimentos para perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas	3	C	3,1561	7.211,69 €	-	-	1.802,34 €	5.276,96 €	4	48	70	24
405	Outros procedimentos para perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas	4	C	12,4496	28.447,34 €	-	-	1.672,84 €	20.823,45 €	17	78	109	46,8
420	Diabetes	1	M	0,3655	860,87 €	-	-	440,43 €	-	1	15	22	6,38
420	Diabetes	2	M	0,5765	1.321,87 €	-	-	660,94 €	-	1	18	27	6,95
420	Diabetes	3	M	1,0006	2.377,77 €	-	-	792,89 €	-	2	31	46	10,88
420	Diabetes	4	M	3,3700	7.721,02 €	-	-	1.544,20 €	-	4	50	73	20,76
421	Perturbações por desnutrição, falta no crescimento e/ou outras perturbações nutricionais	1	M	0,2485	567,82 €	-	-	283,91 €	-	1	13	19	3,69

³ Versão integral disponível em https://dre.pt/home/-/dre/69968713/details/maximized?p_auth=kvAwSB6z

ANEXO 3 - Incentivos de desempenho e de eficiência económico-financeira: Metas contratualizadas com o Centro Hospitalar do Algarve em 2015 e 2016

(Contrato-Programa: Acordo modificativo 2015 e 2016⁴)

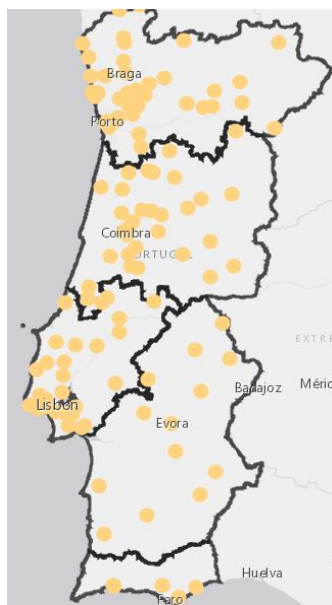
Instituição:		Contratualização 2015
Centro Hospitalar do Algarve, EPE		
Objetivos Nacionais	Pesos Relativos (%)	Meta
	60,00	
A. Acesso	15,00	
A.1 Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	3,00	32,5
A.2 Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado (%)	3,00	71,0
A.3 Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas (%)	3,00	15,0
A.4 Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera ≤ TMRG (%)	3,00	72,0
A.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%)	3,00	110,66
B. Desempenho Assistencial	25,00	
B.1 Demora média (dias)	4,00	8,20
B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias (%)	4,00	7,0
B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	4,00	1,70
B.4 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%)	4,00	35,00
B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis (%)	3,00	74,0
B.6 Percentagem de consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos (%)	3,00	50,00
B.7 Taxa de registo de utilização da “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” – cirurgia segura (%)	3,00	100,0
C. Desempenho Económico/Financeiro	20,00	
C.1 Percentagem dos gastos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos (selecionados) no total de gastos com Pessoal (€)	5,00	12,0
C.2 Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos (EB/ITDA) (€)	5,00	688.190,15
C.3 Acréscimo de Dívida Vencida (fornecedores externos) (€)	5,00	0,00
C.4 Percentagem de rendimentos extra contrato-programa no total de rendimentos (%)	5,00	6,0
Objetivos Regionais	Pesos Relativos (%)	Meta
	40,00	
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera ≥ 12 meses	8,00	3,0
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera superior TMRG na especialidade de ortopedia (%)	8,00	18,0
Percentagem de episódios cirúrgicos operados em hospitais de destino no total dos episódios operados no ano com origem no hospital em cirurgia programada (%)	8,00	17,0
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no Hospital (%)	8,00	33,0
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no Hospital na especialidade de ortopedia (%)	8,00	25,0

⁴ Versão integral disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/informacao-de-divulgacao-obrigatoria/contratos-programa-homologados/>

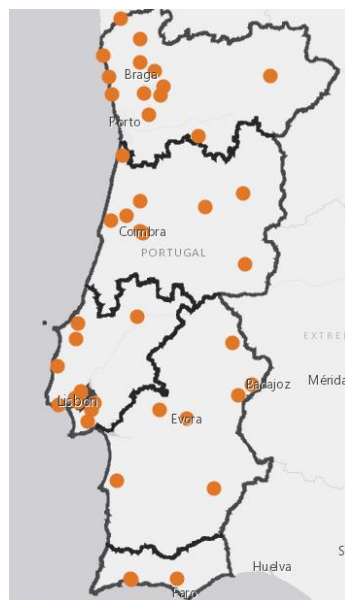
Objetivos Nacionais	Pesos Relativos (%)	Meta
	60,00	
A. Acesso	15,00	
A.1 Percentagem das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	2,00	30,5
A.2 Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas (%)	2,00	15,0
A.3.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado (%)	3,00	71,7
A.3.2 Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera ≤ TMRG (%)	2,00	97,0
A.3.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	2,00	4,0
A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	2,00	75,0
A.3.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%)	2,00	110,00
B. Desempenho Assistencial	25,00	
B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	2,00	3,70
B.2 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	2,00	2,00
B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%)	2,00	30,00
B.4 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis	2,00	75,0
B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	2,00	3,0
B.6 Índice de Demora Média Ajustada	3,00	1,1000
B.7 Índice de Mortalidade Ajustada	3,00	1,3000
B.8 Índice de risco e segurança do doente	6,00	8
B.9 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	3,00	57,0
C. Desempenho Económico/Financeiro	20,00	
C.1 Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total de Custos com Pessoal (€)	5,00	17,7
C.2 Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)	5,00	115.935,78
C.3 Acréscimo de Dívida Vencida (fornecedores externos) (€)	5,00	0,00
C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais (%)	5,00	9,0
Objetivos Regionais	Pesos Relativos (%)	Meta
Algarve		
	40,00	
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera ≥ 12 meses	8,00	4,0
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera superior TMRG na especialidade de ortopedia (%)	8,00	19,0
Percentagem de episódios cirúrgicos operados em hospitais de destino no total dos episódios operados no ano com origem no hospital em cirurgia programada (%)	8,00	17,0
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no Hospital (%)	8,00	35,5
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no Hospital na especialidade de ortopedia (%)	8,00	25,0

ANEXO 4 - Distribuição de unidades de cuidados continuados integrados em Portugal

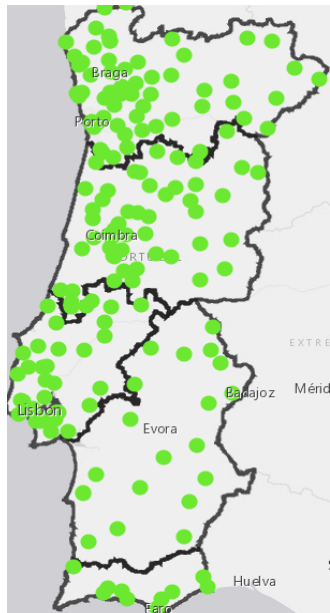
Unidades de Convalescença



Unidades de Média Duração e Reabilitação



Unidades de Longa Duração e Manutenção



Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (2018) RNCCI. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx> (accedido a 21 de outubro de 2018).