



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Integração Vertical de Cuidados

O impacto nos custos do internamento hospitalar

VERÓNICA SOFIA ALVES SANTOS

IX Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientador

Professor Doutor Rui Santana

Lisboa, Setembro de 2015



Integração Vertical de Cuidados

O impacto nos custos do internamento hospitalar

VERÓNICA SOFIA ALVES SANTOS

Lisboa, Setembro de 2015

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

“Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir para sair daqui?”

Isso depende muito de para onde queres ir - respondeu o gato.

Preocupa-me pouco aonde ir - disse Alice.

Nesse caso, pouco importa o caminho que sigas - replicou o gato.”

Lewis Carrol

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Santana por ser o impulsionador deste projeto. Pelo seu conhecimento, pelo acompanhamento e sugestões.

Aos meus Pais, pela pessoa que sou. Por acreditarem que seria possível realizar mais uma etapa.

À minha Irmã pelos sorrisos em momentos de crise.

Aos meus Avós por todos os ensinamentos.

Ao Casimiro Martins, pela coragem e força, pelos momentos de reflexão proporcionados, pela tolerância e carinho. Por estarmos juntos no presente e ao mesmo tempo sorrirmos para o futuro. Um orgulho especial pela cumplicidade que nos abraça!

À Margarida Suzano pela inteligência, pela força e serenidade com que sempre me ajudou a reagir quando os momentos se mostraram mais críticos. Por nesta caminhada termos partilhado os sucessos de algumas batalhas. Um obrigado muito especial pela amizade que construímos.

À Sandra Abreu pelos ensinamentos profissionais, pela energia e vitalidade. Por não me deixar desistir e me mostrar o caminho dia após dia.

À Inês Gomes, companheira e amiga, obrigado pela simplicidade da nossa amizade.

À Ana Camões pelos sorrisos. Sinto de facto um gozo especial pois mesmo na azáfama diária é possível construirmos algo tão gratificante.

Resumo

Introdução: A integração vertical de cuidados surge em Portugal em 1999 com a criação da primeira Unidade Local de Saúde (ULS) em Matosinhos. Este modelo de gestão tem como principal objetivo reorganizar o sistema para responder de forma mais custo-efetiva às necessidades atuais.

Objetivo: Analisar o impacto da criação das ULS nos custos do internamento hospitalar português.

Metodologia: Para apurar o custo médio estimado por episódio de internamento hospitalar utilizou-se a metodologia dos Custos Estimados com base na Contabilidade Analítica. Contudo, não foram imputados custos por diária de internamento por centro de produção, mas apenas por doente saído em determinado hospital. Para efeitos de comparação dos modelos de gestão organizacionais consideraram-se variáveis demográficas e variáveis de produção.

Resultados: Da análise global, os hospitais integrados em ULS apresentam um custo médio estimado por episódio de internamento inferior quando comparados com os restantes. Em 2004 os hospitais sem modelo de integração vertical de cuidados apresentam uma diferença de custos de aproximadamente 714,00€. No ano 2009, último ano em análise, esta diferença é mais ténue situando-se nos 232,00€ quando comparados com hospitais integrados em ULS.

Discussão e Conclusão: Não existe uma tendência definida no que respeita à diferença de custos quando se comparam os diferentes modelos organizacionais. É importante que em estudos futuros se alargue a amostra ao total de prestadores e se aprofundem os fatores que influenciam os custos de internamento. A compreensão dos indicadores sociodemográficos, demora média, e produção realizada, numa ótica de custo efetividade e qualidade, permitirá resultados com menor grau de viés.

Palavras Chave: Integração Vertical; Unidades Locais de Saúde; Metodologias de Custeio; Apuramento de Custos; Custos por Doente.

Abstract

Introduction: The vertical integration of care appeared in Portugal in 1999 with the creation of the first *Unidade Local de Saúde (ULS)* in Matosinhos. This management model has as main objective to reorganize the system to respond more cost-effective way to current needs.

Objective: To analyze the impact of the creation of the *ULS* in Portuguese hospital costs.

Methodology: To determine the average estimated cost per hospital inpatient episode used the methodology of Estimated Costs based on Cost Accounting. However, they were not charged for daily costs of hospitalization for production center, but only for sick out at one hospital. For comparison of organizational management models were considered demographic variables and output variables.

Results: In the overall analysis, integrated hospitals on *ULS* have an average estimated cost per episode of lower admission when compared with the other. In 2004 hospitals without vertical integration of care model have a difference in costs of approximately 714,00€. In 2009, the last year under review, this difference is more tenuous being located in the 232,00€ when compared to integrated hospitals on *ULS*.

Discussion and conclusion: There is no trend set in respect of the cost difference when comparing different organizational models. It is important that in future studies the sample combined to the total providers and understand the factors that influence the relocation costs. Understanding the socio-demographic indicators, average delays and production carried out in a perspective of cost effectiveness and quality will allow results with lesser degrees of bias.

Keywords: Vertical Integration; *Unidade Local de Saúde*; Costing methodologies; Cost allocation; Costs per patient.

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Pertinência do Tema	1
1.2. Estrutura do Trabalho	2
2. Enquadramento Teórico	4
2.1. A Integração de Cuidados	4
2.1.1. Definição do Conceito.....	4
2.1.2. Potenciais Ganhos da Integração Vertical de Cuidados.....	5
2.1.3. Barreiras à Integração Vertical de Cuidados	8
2.2. Modelos de Integração Vertical de Cuidados.....	10
2.2.1. Realidade Portuguesa – Unidades Locais de Saúde.....	10
2.2.1.1. Impacto das ULS em Portugal.....	12
2.2.2. Panorama Internacional.....	17
2.3. Integração Vertical de Cuidados e o Impacto nos Custos.....	20
2.3.1. O Impacto das ULS na Redução dos Custos nos Cuidados de Saúde	20
2.3.2. A Experiência das Health Maintenance Organizations na Redução de Custos.....	22
2.3.3. A Experiência do Sistema Nacional de Saúde Inglês e da Kaiser Permanente	23
2.3.4. A Experiência do Sistema Nacional de Saúde Dinamarquês e da Kaiser Permanente	26
2.4. Metodologias de Custeio.....	28
2.4.1. Apuramento de Custos por Doente	30

3.	Objetivos	33
3.1.	Objetivos Gerais e Específicos	33
4.	Metodologia.....	34
4.1.	Tipo de estudo	34
4.2.	Fontes de Dados.....	34
4.3.	População e Amostra	34
4.4.	Definição das Variáveis	35
4.5.	Análise dos Dados	38
5.	Resultados	40
5.1.	Caraterização da Amostra	40
5.2.	Análise Comparativa do Custo Estimado por Episódio.....	43
5.3.	Análise do Impacto de Variáveis Demográficas nos Custos.....	47
5.3.1.	Distribuição dos Episódios de Internamento por Género	47
5.3.2.	Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por Género	49
5.3.3.	Distribuição dos Episódios de Internamento por Classe Etária	54
5.3.4.	Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por Classe Etária	57
5.2.	Análise do Impacto de Variáveis de Produção.....	61
5.2.1.	Distribuição dos Episódios de Internamento por Tipo de GDH.....	61
5.2.2.	Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por Tipo de GDH	64
5.2.3.	Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por GDH	69
5.3.	Evolução do Custo Médio Estimado por Episódio de Internamento.....	73
6.	Discussão.....	75
6.1.	Discussão Metodológica	75
6.2.	Discussão dos Resultados	77

7. Conclusão	81
8. Referências Bibliográficas	82
Anexos.....	96

Índice de Quadros

Quadro 1: Consequências da fragmentação da estrutura prestadora de cuidados	9
Quadro 2: Resumo das metodologias de apuramento de custos por doente	29
Quadro 3: Caraterização do modelo de gestão dos hospitais por ano.....	41
Quadro 4: Total de episódios por ano e por modelo de gestão.....	42
Quadro 5: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2004.....	43
Quadro 6: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2006.....	44
Quadro 7: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2007.....	45
Quadro 8: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2008.....	46
Quadro 9: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2009.....	46
Quadro 10: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2004.	50
Quadro 11: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2006.	51
Quadro 12: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2007.	52
Quadro 13: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2008.	53

Quadro 14: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2009.	54
Quadro 15: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2004.....	65
Quadro 16: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2006.....	66
Quadro 17: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2007.....	67
Quadro 18: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2008.....	68
Quadro 19: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2009.....	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2004.....	47
Gráfico 2: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2006.....	48
Gráfico 3: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2007.....	48
Gráfico 4: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2008.....	49
Gráfico 5: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2009.....	49
Gráfico 6: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2004. .	55
Gráfico 7: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2006. .	55
Gráfico 8: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2007. .	56
Gráfico 9: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2008. .	56
Gráfico 10: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2009.	57
Gráfico 11: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2004.....	58
Gráfico 12: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2006.....	58
Gráfico 13: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2007.....	59
Gráfico 14: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2008.....	60
Gráfico 15: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2009.....	60

Gráfico 16: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2004. .	62
Gráfico 17: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2006. .	62
Gráfico 18: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2007. .	63
Gráfico 19: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2008. .	63
Gráfico 20: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2009. .	64
Gráfico 21: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2004.	70
Gráfico 22: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2006.	71
Gráfico 23: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2007.	72
Gráfico 24: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2008.	72
Gráfico 25: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2009.	73
Gráfico 26: Evolução do custo médio estimado de internamento nos hospitais ULS e não ULS.	74
Gráfico 27: Evolução do custo médio estimado de internamento nos hospitais ULS e não ULS, da análise por ARS.	74
Gráfico 28: Valorização do fluxo de doentes em 2008, de acordo com a Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro.	76

Índice de Anexos

Anexo A – Dimensões da Integração.....	97
Anexo B – Integração Vertical	98
Anexo C – GDH AP 21.....	99

Abreviaturas e Siglas

ABC - Activity Based Costing

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ACO - Accountable Care Organization

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

ARS - Administração Regional de Saúde

CAHPS - Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

CEA - Custos Estimados com base na Contabilidade Analítica

CRISP - Consortium for Research on Indicators of System Performance

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DHS - Sistema Nacional de Saúde Dinamarquês

EGIOS - Estudo sobre o Grau de Integração das Organizações de Saúde

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

FTI - Fundo destinado à Transformação dos processos de Integração

GCD - Grande Categoria de Diagnóstico

GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneos

HEDIS - Health Plan Employer Data and Information Set

HMO - Health Maintenance Organizations

HSIS - Health System Integration Study

ICM - Índice de Case Mix

INE - Instituto Nacional de Estatística

JCAHO - Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations

KP - Kaiser Permanente

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NCCC - National Chronic Care Consortium

NCQA - National Committee for Quality Assurance

NHS - Sistema Nacional de Saúde Inglês

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCAH - Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPO - Preferred Provider Organization

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SASI - Self-Assessment for Systems Integration

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SLS - Sistemas Locais de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

ULS - Unidades Locais de Saúde

VA - Veterans Health Organizations

1. Introdução

1.1. Pertinência do Tema

A integração de cuidados de saúde tem-se tornado uma área de estudo de especial interesse (Gröner *et al.*, 2001) pela necessidade com que os sistemas de saúde se deparam de mudanças rápidas ao nível da sua organização. A influência que sofrem das realidades culturais, sociais, políticas, ambientais, entre outras, implica desafios constantes para uma adaptação a novas realidades.

O envelhecimento da população, a que se associa o aumento da prevalência de comorbilidades, provoca um maior consumo de recursos, e exige uma prestação de cuidados mais eficiente e efetiva. Torna-se necessária a coordenação dos diferentes níveis de cuidados e a implementação de programas de gestão de doenças crónicas (Calnan *et al.*, 2006).

A escassez de recursos na área da saúde, num contexto de pressão económica e controlo das despesas, paralelamente com o desenvolvimento dos sistemas de informação e os avanços científicos no tratamento de determinadas doenças, colocam desafios às organizações de saúde. Deste modo, impera reafetar recursos tendo como primazia o ambulatório para o tratamento de doenças. De acordo com Dias (2010), é possível aumentar a eficiência técnica e económica, bem como melhorar a qualidade assistencial através da valorização do ambulatório, diminuindo assim a duração de internamento.

Atualmente, a necessidade de controlar custos, mantendo a garantia da qualidade na prestação de cuidados, provoca uma alteração nos modelos de gestão por parte das organizações (Escoval *et al.*, 2010).

É neste âmbito que a alteração do paradigma focado no tratamento da doença para o bem estar global do doente começa a ser uma realidade e, o conceito de *P4 medicine* começa a ganhar terreno na medicina preventiva, preditiva, personalizada e participativa (Ibrahim *et al.*, 2001; Khoury *et al.*, 2012).

Assim, e pela necessidade de dar resposta adequada às exigências da procura, é fundamental alterar o foco do tratamento da doença para o bem estar geral do doente. Tal implica uma coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, bem como a

descentralização do hospital implementando-se políticas dirigidas à promoção da saúde e prevenção da doença (Santana *et al.*, 2008).

Atualmente, o tema da integração tem importância comprovada pelas publicações produzidas, onde se destaca o *International Journal of Integrated Care*. Bem como, a criação de um Observatório sobre o presente tema, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), em Barcelona no ano de 2001 (Gröner *et al.*, 2001).

Portugal, seguiu a tendência dos movimentos de integração de cuidados, nomeadamente da integração vertical, traduzindo-se na criação das Unidades Locais de Saúde (ULS). Este movimento teve o seu início em 1999 com a ULS de Matosinhos, e posteriormente seguiram-se outras sete, criadas entre o período de 2007 a 2012.

Este novo modelo de gestão prevê a articulação entre os vários níveis de cuidados, com o intuito de melhoria do estado de saúde das populações (Portugal. Ministério da Saúde. ERS, 2011) prevendo-se um impacto positivo em termos de controlo de custos.

O estudo comparativo dos custos médios de internamento entre hospitais integrados em ULS e hospitais não integrados permitirá analisar o impacto da integração vertical de cuidados na redução de custos de internamento. O presente projeto de investigação pretende analisar comparativamente os custos médios de internamento entre ULS e hospitais não ULS, com o objetivo de se verificar se a criação das ULS teve impacto na redução dos respetivos custos de internamento.

1.2. Estrutura do Trabalho

O presente trabalho está estruturado em sete capítulos onde a sua organização respeita uma lógica sequencial.

Após o primeiro capítulo que respeita à Introdução onde se explica a importância do tema, surge o segundo capítulo denominado por Enquadramento Teórico. Pretende descrever-se o estado da arte dos temas fundamentais do estudo: a integração vertical de cuidados, as metodologias de custeio e o impacto da integração vertical de cuidados nos custos de internamento hospitalar.

No capítulo dos Objetivos definem-se os objetivos gerais e específicos que o presente trabalho pretende alcançar.

No que respeita ao capítulo da Metodologia descrevem-se as principais fases do trabalho, detalhando a metodologia adotada, as fontes de dados utilizadas, bem como as variáveis consideradas.

Segue-se o capítulo da apresentação dos Resultados do estudo. A organização do mesmo diz respeito aos objetivos definidos anteriormente, bem como à metodologia utilizada.

Posteriormente no capítulo da Discussão são abordados os aspetos relevantes no que concerne à discussão metodológica e discussão dos resultados, considerando para efeito as limitações do estudo.

Na Conclusão, o último capítulo, sintetizam-se os resultados mais significativos do estudo, sendo realizada uma revisão global do trabalho.

2. Enquadramento Teórico

2.1. A Integração de Cuidados

2.1.1. Definição do Conceito

Nos anos 90, década de surgimento do conceito de integração de cuidados, havia uma preocupação crescente com a eficiência jurídica, organizacional e financeira, (Shortell *et al.*, 1994) e não tanto com a melhoria dos resultados em saúde. Algo que progressivamente foi sendo abandonado e a prestação de cuidados de qualidade, com redução da fragmentação e aumento da eficiência, bem como a contenção da despesa, passaram a ser o objetivo central da reforma dos serviços de saúde da atualidade (Contandriopoulos *et al.*, 2003).

De acordo com a revisão sistemática de literatura de Armitage *et al.* (2009), o conceito de integração de cuidados pode ser definido de 175 maneiras distintas, não existindo consenso na sua definição (Gröner *et al.*, 2001; Armitage *et al.*, 2009; Shaw *et al.*, 2011).

É necessário considerar a existência de outros conceitos associados à definição de integração de cuidados, entre os quais: continuidade de cuidados, coordenação, gestão da doença, gestão de caso e critérios de referenciação (Sobczak, 2002; Nolte *et al.*, 2008).

Assim, considera-se a definição da OMS (2008) para esclarecimento do conceito de integração de cuidados. Este deve ser entendido como “a gestão e prestação de serviços de saúde para que os doentes recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde” (OMS, 2008).

De acordo com o mesmo autor, “entende-se como integração, as formas de interligação e cooperação na prestação e a garantia de continuidade assistencial dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo em vista a maximização da eficiência nas respostas e os melhores resultados em saúde”.

Existem diferentes dimensões básicas associadas ao conceito de integração: estrutural, funcional, normativa e sistémica (Santana *et al.*, 2009) (Anexo A).

No que respeita à integração vertical, aplicada ao setor da saúde, esta caracteriza-se pela existência de uma única entidade responsável por duas ou mais instituições prestadoras de serviços de diferentes níveis de cuidados, tendo como objetivo central melhorar o estado de saúde da população (Conrad *et al.*, 1996; Wan *et al.*, 2002) (Anexo B). Em Portugal a criação das ULS são exemplos deste tipo de integração.

Scobczak (2002) considera a dimensão funcional o mecanismo fundamental da integração vertical tendo como objetivo a coordenação, comunicação e cooperação das unidades produtoras da instituição. Tem como intuito aumentar a eficiência e diminuir os custos. Para tal é necessário a integração da dimensão clínica e da informação, bem como da dimensão financeira e administrativa (Santana *et al.*, 2009).

2.1.2. Potenciais Ganhos da Integração Vertical de Cuidados

Num contexto de produção de serviços complexos como é o setor da saúde, a integração vertical de cuidados permite melhorar todo este processo através da interligação das diferentes linhas de produção (Santana *et al.*, 2009).

A Comissão Europeia em 2004, reconheceu que a integração de cuidados é vital para a sustentabilidade do sistema de proteção social da Europa (Lloyd *et al.*, 2006).

Apresentam-se os potenciais ganhos da integração vertical de cuidados considerando para efeito o lado da oferta (prestadores) e o lado da procura (utente). Posteriormente segue-se uma análise mais detalhada do impacto da integração nos custos das organizações.

No que respeita ao impacto positivo da integração do lado da procura destaca-se:

- Foco no doente:

Os sistemas integrados são orientados para as necessidades dos consumidores com o objetivo de responder a necessidades reais e concretas através de sistemas de ajustamento pelo risco (Santana *et al.*, 2009).

Uma gestão adequada do doente concreto pode traduzir-se numa melhoria da qualidade e eficiência. Num estudo de Okin (2010), concluiu-se que a gestão adequada do doente concreto poderia traduzir-se numa diminuição de custos médios hospitalares de US\$ 21.022 para US\$ 14.910 (Okin, 2010).

- Promoção da saúde:

O abandono de um sistema de saúde centrado no tratamento da doença, para um sistema que privilegia a promoção da saúde e a prevenção da doença é uma característica das unidades integradas. O seu objetivo passa pela melhoria do estado de saúde das populações uma vez que a sua base de financiamento é capitacional (Byrne *et al.*, 1999; Suter *et al.*, 2007).

A título de exemplo, no caso da doença crónica promove-se o auto-conhecimento com o objetivo de se potenciar o auto-cuidado e diminuir complicações, privilegiando-se as visitas domiciliárias (Leatt *et al.*, 2000).

Os sistemas integrados com privilégio pela continuidade de cuidados, potenciam a efetividade do tratamento e previnem doenças agudas (Kibbe *et al.*, 1993). Assim, a organização da produção tendo em conta doenças específicas, originou o conceito de gestão integrada da doença, ou *disease management* (Escoval *et al.*, 2010).

No caso do doente diabético, estudos demonstraram que a continuidade de cuidados está relacionada com a melhoria do bem estar a vários níveis: físico, social, mental e perceção da dor (Hannien *et al.*, 2001). O melhor controlo glicémico também está relacionado com a continuidade de cuidados (Mainous *et al.*, 2004) bem como a redução de complicações (Christakis *et al.*, 2001). Tal tenderá a ter um impacto positivo na redução dos custos.

Peikes (2009), concluiu no seu estudo que as taxas de hospitalização são menores em sistemas com primazia pela gestão integrada da doença, assim como o tempo de internamento por todas as causas também diminui em sistemas integrados (Rice *et al.*, 2010). O que reflete também uma redução de custos traduzida na eficiência do tratamento.

- Orientação do doente dentro do sistema:

A facilidade de acesso a uma única instituição prestadora de cuidados de saúde diminui a desorientação do doente no sistema, bem como promove a sua satisfação podendo criar *outputs* sociais positivos (Wheeler *et al.*, 1999; Leatt *et al.*, 2000; Sobczak, 2002). A facilidade de acesso poderá também ter impacto positivo em termos de tempo, de diminuição de visitas repetidas, assim como da duplicação de pagamentos (Leatt *et al.*, 2000; Sobczak, 2002).

- Qualidade dos cuidados prestados:

Em unidades integradas a redução do risco clínico, promovendo uma cultura de segurança do doente, é possível. A existência de normas e de protocolos promove essa mesma cultura de segurança, minimizando o risco (Stille *et al.*, 2005).

O trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar, onde a comunicação é fluida e eficaz permite a partilha de conhecimentos, com responsabilidade coletiva, o que por sua vez promove a qualidade da prestação (Santana *et al.*, 2009). No seio das equipas multidisciplinares, a complementaridade de saberes permitem respostas mais adequadas às necessidades, assim como se promove a formação dos profissionais no seio da equipa (Donohoe *et al.*, 1999).

O acesso central aos dados clínicos do doente é outro aspeto que melhora a qualidade dos cuidados, diminuindo o risco e promovendo a eficiência (Leatt *et al.*, 2000).

No que respeita ao impacto da integração do lado da oferta destaca-se:

- Diminuição de conflitos:

Em unidades integradas espera-se que a gestão conjunta promova uma articulação positiva entre os diferentes níveis de cuidados. Importará salvaguardar as áreas tanto da produção, como do financiamento e da avaliação do desempenho, de forma a não existirem desigualdades que potenciem a diminuição da qualidade (Santana *et al.*, 2009).

Para minimizar conflitos entre os vários níveis é necessário considerar a avaliação de desempenho, bem como os modelos de ajustamento pelo risco, em modelos capitationais, para se alcançar valor para o doente e organização (Porter, 2006).

- Redução de custos:

É possível controlar e reduzir custos através da incorporação de critérios de custo-efetividade na gestão da doença (Santana *et al.*, 2008).

- Aumenta o poder de mercado:

Nas unidades integradas existe maior poder de intervenção tanto a nível financeiro como nas negociações externas com fornecedores, o que se traduz numa vantagem competitiva face ao mercado externo. Assim, como são organizações com maior capacidade de resposta a problemas externos, existe uma capacidade de decisão mais abrangente (Wan *et al.*, 2002).

- Potencia economias de escala:

As economias de escala são mais comuns na integração horizontal de cuidados. Contudo, na integração vertical também é possível este efeito pela coordenação dos diferentes níveis de cuidados, aumentando a produção quantitativa e qualitativamente (Santana *et al.*, 2009).

2.1.3. Barreiras à Integração Vertical de Cuidados

No processo de integração de cuidados existem dificuldades que podem condicionar a sua implementação. Estas foram identificadas por Shortell *et al.* (2000) e resumem-se:

- Dificuldade de interpretar o novo *core business* da organização:

A primazia pelos cuidados de primeira linha em substituição dos cuidados diferenciados não foi totalmente compreendida por algumas organizações integradas, continuando o hospital a ser considerado como uma *cash-cow* (Young *et al.*, 1997).

Algumas organizações privilegiam dimensões de integração que permitem obter ganhos imediatos mas limitados no tempo, como a dimensão administrativa. A integração das dimensões funcionais verificou mais dificuldade na sua colocação em prática.

- Dificuldade em aceitar a cultura organizacional integrada:

As unidades integradas agregam um conjunto de organizações com cultura e valores próprios que são difíceis de alterar em prol da nova realidade integrada.

- Dificuldade de cooperação entre as diversas unidades integradas:

A anterior competição por recursos disponíveis e a desconfiança inicial dificultam as estratégias de partilha, coordenação e de trabalho de equipa.

De referir que as organizações com maior orçamento e, por sua vez com maior volume de produção e mais lucro, como é o caso dos hospitais, era onde se concentravam mais esforços. Em realidades integradas com financiamento capitolacional o aumento da produção não significa mais lucro, mas sim mais recursos e custos.

A integração de organizações com diferentes dimensões conduziu a descontentamento por parte de instituições de menor dimensão pela perda de controlo nos processos de gestão e produção, o que dificulta a implementação de estratégias comuns.

Neste contexto, e apesar das barreiras anteriormente apresentadas, importa mencionar que na generalidade dos estudos referentes à integração de cuidados nos EUA os resultados não são conclusivos (Tjerbo *et al.*, 2005). Porém, a fragmentação é um obstáculo à integração de cuidados sendo as suas consequências apresentadas de forma sucinta no seguinte quadro (Ahgren, 2003):

Agentes	Pagador	Prestador	Consumidor
Consequências:	Perda de eficiência; Promoção da doença; Fracca coordenação.	Responsáveis apenas pela sua intervenção; Cultura própria; Organização preferencial.	Falta de acessibilidade; Desorientação no sistema; Perda de qualidade na prestação; Falta de percerividade.

Quadro 1: Consequências da fragmentação da estrutura prestadora de cuidados

(Fonte: Adaptado de Ahgren, 2003)

2.2. Modelos de Integração Vertical de Cuidados

2.2.1. Realidade Portuguesa – Unidades Locais de Saúde

A integração de cuidados de saúde e a sua respetiva coordenação potenciam ganhos em saúde como referido anteriormente.

Esta temática constitui uma das estratégias, entre as oito identificadas como necessárias, para o sistema de saúde português, no Relatório “Os Cidadãos no centro do Sistema, os Profissionais no centro da mudança” (Lopes *et al.*, 2014).

No Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro já se salientava que a dicotomia entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares não promovia a eficiência da prestação, sendo necessária a criação de unidades de saúde integradas que se articulassem entre si com vista a uma gestão de recursos geradora de mais ganhos. Pode ler-se: *“A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde - unidades de saúde - que hão-de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro, impõem a consagração de tal modelo, em que radica um dos aspetos essenciais da nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde”*.

Contudo, pode ler-se no Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de Maio, *“Decorridos mais de cinco anos sobre a aprovação do Estatuto, verifica-se, todavia, que o modelo nele consagrado para as unidades de saúde, prevendo conselhos internos, todos eles presididos pelo coordenador sub-regional de saúde e compostos apenas por representantes dos hospitais e dos centros de saúde, só muito dificilmente poderá dar resposta à necessária flexibilidade de articulação entre hospitais, centros de saúde e outras instituições da mesma área geográfica, com vista a partilha de recursos e maior disponibilidade de oferta de serviços, de acordo com as necessidades dos cidadãos.”*

Neste contexto, com o intuito de se promover a acessibilidade, e o *continuum* de cuidados foram, em 1999, criados os sistemas locais de saúde que, de acordo com o Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de Maio, art. 2º, nº1, são *“constituídos pelos centros de*

saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.” Ainda no mesmo decreto, no art. 2º nº 2, pode ler-se que *“aos SLS cabe assegurar, no âmbito da respectiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos.”*

Assim, em 1999 iniciou-se a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) em Portugal, com a ULS de Matosinhos. No Decreto-Lei nº 207/99 de 9 de Junho, pode ler-se *“as exigências cada vez maiores das populações em matéria de acesso e satisfação das suas necessidades em saúde, com níveis de qualidade acrescidos, impõem uma gestão integrada dos recursos existentes numa determinada circunscrição geográfica. Torna-se, por isso, indispensável proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspectiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos.”*

Conclui-se que a criação das ULS teve como objetivo proporcionar uma resposta mais eficiente do sistema de saúde, melhorando a orientação do doente dentro do sistema através da gestão integrada de cuidados de saúde.

Posteriormente foram criadas mais sete ULS por diversas regiões de Portugal Continental, concretamente no Norte Alentejano no ano de 2007 (Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de Fevereiro), no Baixo Alentejo, Guarda e Alto Minho em 2008 (Decreto-Lei nº 183/2008 de 4 de Setembro), em Castelo Branco, no ano de 2009 (Decreto-Lei nº 318/2009 de 2 de Novembro), em Trás-os-Montes em 2011 (Decreto-Lei nº 67/2011 de 2 de Junho) e no Litoral Alentejano, em 2012 (Decreto-Lei nº 238/2012 de 31 de Outubro).

As ULS são organismos públicos, de natureza empresarial, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial (ERS, 2011). O financiamento é realizado por capitação ajustada pelo risco para a população abrangente de cada unidade, de modo a refletir as diferenças de oferta e de procura de cada área geográfica (ERS, 2011).

Como já foi mencionado, a sua criação tem como atribuição a prestação de cuidados de saúde globais à população, melhorando a articulação entre cuidados de saúde primários e os hospitais, promovendo deste modo a Saúde Pública.

A atividade desenvolvida deve ser realizada num processo de integração vertical dos diferentes níveis de cuidados, onde a responsabilização pela prestação é de uma única entidade, ao contrário da estrutura de oferta de cuidados tradicional, visando esta reestruturação a melhoria da prestação.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), no Contrato-Programa para o ano de 2015, refere que as ULS, devem reforçar o papel da equipa de saúde familiar no encaminhamento do utente pelos diferentes níveis de cuidados, potenciando a integração e a coordenação clínica dos cuidados (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2014a).

2.2.1.1. Impacto das ULS em Portugal

Em Portugal, os estudos sobre o impacto das ULS ainda são escassos e não nos permitem apresentar conclusões significativas (Lopes *et al.*, 2014).

Em 2010, resultante do protocolo entre a Escola Nacional de Saúde Pública e a ACSS, foi desenvolvido um estudo sobre o grau de integração das organizações de saúde (EGIOS), no âmbito do projeto de definição de um modelo de acompanhamento da atividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde. O objetivo geral foi determinar o grau de integração das ULS no nosso país¹ (Santana *et al.*, 2010).

A metodologia utilizada foi adaptada de Gillies *et al.* (1993), *Health System Integration Study*, considerando para efeito a avaliação da integração em seis dimensões: clínica, informação, normativa, administrativa, financeira e sistémica. Foram aplicados questionários aos órgãos de gestão e aos médicos, instrumento utilizado na maioria dos estudos internacionais. Os valores de *Alpha de cronbach* e o *Split-half* demonstraram que o questionário desenvolvido possuía consistência e fiabilidade.

Dos resultados obtidos no estudo destacam-se:

¹ No momento da realização do estudo as ULS existentes eram: ULS de Matosinhos, Alto Minho, Guarda, Castelo Branco e Baixo Alentejo e Norte Alentejano.

- Perceção de integração reduzida a moderada nas ULS, sendo os conselhos de administração, ao contrário dos clínicos, os que apresentaram melhor perceção da integração;
- As dimensões clínica e de informação, foram as que apresentaram menor perceção de integração;
- A dimensão que apresentou maior perceção de integração foi a normativa;
- A inexistência de incentivos internos que contribuíssem para a coordenação e interligação entre unidades foi um dos itens com respostas menos positivas;
- Os conhecimentos reduzidos por parte dos profissionais, relativamente ao plano estratégico e operacional das respetivas unidades foi outra das conclusões do estudo;
- As conclusões obtidas no estudo diferem entre ULS, devendo ser considerados os resultados futuros uma vez que a integração é um processo a médio e longo prazo.

Os autores (Santana *et al.*, 2010) recomendam o desenvolvimento de investigação no contexto do processo de integração vertical de cuidados, bem como a criação de uma equipa de gestão que dinamize, monitorize e acompanhe o processo de integração das unidades. Devem ser direcionados esforços no sentido da dimensão clínica e de informação até porque, de acordo com a revisão bibliográfica efetuada, são as dimensões com maior potencial de ganhos em saúde e aquelas onde a perceção do nível de integração é menor. A partilha de informação entre ULS, assim como a melhoria da comunicação entre profissionais clínicos e gestores, são também aspetos a considerar. O processo clínico único eletrónico deverá ser tido em conta uma vez que irá promover a integração da dimensão da informação.

No seguimento do estudo anteriormente apresentado, foi realizado, em 2011, um *workshop* no âmbito da “Gestão do processo de integração vertical nas Unidades Locais de Saúde”, tendo a colaboração das Administrações Regionais de Saúde, das ULS, da Direção-Geral da Saúde (DGS), da Coordenação Estratégica para a Reforma dos

Cuidados de Saúde Primários, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2011).

Como conclusões salienta-se que a integração é um processo a médio e longo prazo, apesar de ser expetável atingir resultados a curto prazo nas dimensões administrativa, financeira e sistémica. No sentido de resolver os problemas de saúde da população, as ULS devem abandonar a estrutura divisional e promover a descentralização e flexibilidade, organizando-se o internamento para as suas realidades concretas. Salientou-se ainda a importância de nomeação de um Gestor da Integração com o intuito de ser a figura responsável pelo programa de ação. A referir também a necessidade de criar sistemas de informação integrados que promovam a circulação da informação entre as equipas intervenientes no processo de cuidados e impulsionem o movimento de integração (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2011).

Ainda no ano 2011, a ERS apresentou os resultados de um estudo sobre a organização e o desempenho das ULS, considerando o impacto no acesso dos utentes. A metodologia utilizada tem por base a análise de indicadores de proximidade, de capacidade e de análise temporal, considerando por exemplo os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) (Portugal. Ministério da Saúde. ERS, 2011).

Conclui-se que a integração de cuidados é uma resposta organizacional aos novos desafios, sendo que tem maior expressão na área dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) pela internalização da sua realização, aproveitando os recursos existentes. De relembrar a anterior opção política de contratualização com o setor privado para a realização de MCDT, através de convenções. Foi também frisado que não existiram diferenças nos procedimentos de acesso aos cuidados de saúde entre ULS e unidades não integradas. A heterogeneidade das ULS no que respeita à dimensão espacial foi considerada uma realidade, sendo a ULS de Matosinhos apontada como a que apresenta melhores indicadores de proximidade e capacidade. Na análise da perspetiva temporal concluiu-se que os TMRG aumentam para as primeiras consultas de especialidade hospitalar se os hospitais pertencerem a unidades verticalmente integradas. O mesmo se verifica quando analisado o tempo médio e o tempo máximo que decorre entre o pedido da primeira consulta até à sua marcação, se os hospitais estiverem integrados em ULS.

As conclusões apresentadas e, apesar de os autores considerarem o horizonte temporal uma limitação, bem como a incompleta ou demora na concretização do estudo, podem traduzir-se num problema de acesso em zonas abrangidas por ULS, onde as unidades verticalmente integradas não conseguem ser eficientes relativamente às primeiras consultas de especialidade a realizar nos hospitais pertencentes às ULS (Portugal. Ministério da Saúde. ERS, 2011).

Em 2012 foi desenvolvido um estudo com o objetivo de estimar o impacto da transferência de doentes dos cuidados hospitalares para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no orçamento de Estado Português (Gouveia *et al.*, 2012). Dos resultados destaca-se que a poupança poderia rondar os 148 milhões de euros a curto prazo e aproximadamente 372 milhões de euros a médio e longo prazo, implicando para tal uma melhoria da comunicação entre equipas e o ajustamento da oferta de cuidados a todos os níveis (Gouveia *et al.*, 2012).

Todavia, as listas de espera para consultas, o uso excessivo dos serviços de urgência, assim como elevadas taxas de internamentos e readmissões, muitas vezes sem contacto prévio com o ambulatório, refletem problemas da continuidade de cuidados em Portugal (Santana *et al.*, 2014).

São reconhecidos os esforços para a implementação de unidades integradas através da implementação de sistemas de qualidade e novas formas de pagamento que tornem a integração mais eficiente de forma a responder aos verdadeiros objetivos da sua criação (Santana *et al.*, 2014).

Mais recentemente foi realizado um estudo, a pedido do Senhor Ministro da Saúde, com o objetivo de se avaliar o desempenho das ULS ao nível do acesso, qualidade, eficiência e desempenho económico financeiro (Portugal. Ministério da Saúde. ERS, 2015).

As conclusões apresentadas foram as seguintes:

- Na ótica do acesso:

Salienta-se o não cumprimento do tempo de resposta para marcação e realização de MCDT, assim como consultas de especialidade e marcação de cirurgias programadas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC);

Não se verificam diferenças no que respeita ao tempo de acesso a cirurgias;

A proximidade da rede de cuidados às populações entre ULS e não ULS encontra-se superior a 90% em ambas as tipologias;

No que respeita à capacidade das organizações verifica-se que os cuidados hospitalares com áreas abrangidas por ULS apresentam menores rácios de profissionais quando comparados com áreas não abrangidas por ULS. A realidade dos cuidados de saúde primários é inversa, sendo que as ULS revelam dotações superiores.

- Na ótica da qualidade:

A avaliação da qualidade considerou os resultados do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) nas áreas: excelência clínica, segurança do doente, focalização do doente e adequação e conforto das instalações. Observaram-se diferenças significativas entre ULS e não ULS na área da segurança do doente, sendo que unidades não integradas apresentaram melhores resultados.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as reclamações inseridas no sistema SIM-Cidadão entre unidades integradas e não integradas.

- Na ótica da eficiência produtiva:

Nos CSP em unidades integradas verificou-se um maior número de enfermeiros por médico de família, com exceção da ULS do Alto Minho, Matosinhos e Guarda.

Na realidade hospitalar, para o período de 2010 a 2013, verificou-se uma tendência de aumento da cirurgia de ambulatório em unidades integradas e não integradas. Contudo, o aumento é mais significativo nos hospitais não integrados.

O tempo de internamento é superior em hospitais integrados em ULS.

No que respeita aos internamentos desnecessários as ULS apresentam valores mais elevados relativamente aos exibidos pelas suas Administrações Regionais de Saúde (ARS), com exceção da ULS do Baixo Alentejo. Desta forma constata-se que as ULS não estão a reduzir hospitalizações desnecessárias.

- Na ótica do desempenho económico financeiro:

O indicador considerado para efeito foi o prazo médio de pagamento aos fornecedores, sendo os prazos elevados em ULS e não ULS.

2.2.2. Panorama Internacional

Internacionalmente também encontramos modelos de integração vertical de cuidados na tentativa de fazer face às despesas de saúde e aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Lopes *et al.*, 2014).

O conceito de *managed care* surge na realidade americana com o intuito de racionalizar os serviços de saúde, numa altura em que os gastos em saúde são elevados (Andrade *et al.*, 2000).

O sistema de saúde americano é composto por planos de saúde sustentados por dinheiros públicos como a *Medicare* e *Medicaid* (Wallace, 2009a).

A *Medicare* integra planos de saúde geridos por companhias privadas (subsistemas privados com fins lucrativos) como é o caso das *Health Maintenance Organizations* (HMO) e *Preferred Provider Organization* (PPO), destinando-se a pessoas com mais de 65 anos de idade (U.S. Department of Health & Human Services, 2015a).

A *Medicaid* consiste num plano que ajuda no pagamento das despesas de saúde de pessoas com baixos rendimentos, sendo um programa do Governo Federal e de cada Estado (U.S. Department of Health & Human Services, 2015b).

As *Health Maintenance Organizations*, criadas em 1973 e financiadas com base na capitação, integram o conceito de gestão da doença num *continuum* de cuidados. É possível a escolha do médico de cuidados de saúde primários por parte do doente, a partir de uma lista disponibilizada pela organização. Cabe a este médico a responsabilidade da coordenação de cuidados bem como as referências para a especialidade. O objetivo é promover a qualidade de cuidados, prevenir a doença e reduzir custos, bem como cuidados especializados (Carlson, 2009).

Foram criadas inicialmente para controlar as despesas em saúde e por sua vez a utilização de cuidados. Porém, a insatisfação dos utentes e dos prestadores pelas restrições de acesso foram uma constante e estas parecem, segundo Miller *et al.* (2002) não ter atingido os objetivos a que se propuseram.

Dentro das HMO destaca-se o sistema de saúde da *Geisinger*. Abrange 40 municípios na Pensilvânia (cerca de 2,6 milhões de pessoas) e é uma rede de cuidados integrados compressivos sem fins lucrativos (Geisinger, 2009).

Reconhecida pelo trabalho desenvolvido a nível nacional, em 2008, foi nomeada *Outstanding Health Plan* pela *Care Continuum Alliance* e ocupou o terceiro lugar no *ranking* dos melhores planos de saúde da *Medicare* e o quinto lugar nos melhores planos dos EUA (Geisinger, 2009).

Existem ainda outros subsistemas de saúde financiados por dinheiros públicos como é o caso das *Veterans Health Organizations* (VA). Criadas em 1990 com o objetivo de prestar cuidados aos Veteranos de Guerra através da promoção de cuidados integrados num *continuum* de cuidados (Michaels *et al.*, 2005).

De entre os seguros privados sem fins lucrativos destaca-se também a *Kaiser Permanente* (KP) (Wallace, 2009a).

Constituída em 1945, é considerada o maior sistema sem fins lucrativos de prestação, abrangendo cerca de 8,6 milhões de cidadãos nos EUA em 2009, sendo que na Califórnia residem 75% dos seus membros (Wallace, 2009b).

Tem um cariz social e a sua missão visa a prestação de cuidados de saúde de qualidade e financeiramente comportáveis, com o objetivo de melhoria do estado de saúde das populações. Vincula o conceito de integração de cuidados nas suas dimensões com primazia pela prevenção da doença e gestão integrada de cuidados (Wallace, 2009b).

De salientar que 27% dos seus membros sofrem de doenças crónicas, o que representa cerca de 64% de custos da organização, sendo que neste âmbito a gestão da doença é uma das atividades importantes. Assim, destaca-se o enfoque em atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, onde médicos de clínica geral trabalham interdisciplinarmente com médicos especialistas, hospitais e com uma rede de cuidados domiciliários (Wallace, 2009b).

De entre as áreas de intervenção prioritárias salientam-se: a asma, a dor crónica, a doença arterial coronária, a depressão, a diabetes, os cuidados na terceira idade, a insuficiência cardíaca, a obesidade e os auto-cuidados (Wallace, 2009b).

A referir que a maioria dos planos de saúde nos Estados Unidos são da responsabilidade de seguradoras privadas com o vínculo de acordos patronais (Costa, 2013).

Com a insatisfação relativamente às HMO surgiram sistemas com menor controlo na utilização como foi o caso das PPO. Apesar das semelhanças com o modelo anterior existe maior liberdade de procura de cuidados por parte dos utentes e, os prestadores são remunerados pela produção (pagamento por ato) (Lopes *et al.*, 2014).

De salientar que quando analisadas as reformas organizacionais como as HMO e as PPO, não se verifica um decréscimo da despesa em saúde devido à reduzida integração de cuidados no que concerne à dimensão clínica (Lopes, Helena *et al.*, 2014).

Neste contexto, num diploma legal de 2010, surgem as *Accountable Care Organizations* (ACO) com o intuito de responder aos beneficiários da *Medicare* e/ou dos seguros privados. Estas organizações são responsáveis pelo *continuum* de cuidados de uma população não inferior a 5 mil habitantes e integram voluntariamente um conjunto de prestadores de cuidados de saúde primários e hospitalares (Devers *et al.*, 2009; McClellan *et al.*, 2010).

Contrariamente às reformas anteriores, as ACO implementaram um modelo de incentivos financeiros de acordo com o desempenho, com o objetivo de promover a integração e coordenação clínica com vista à melhoria da qualidade (Fisher *et al.*, 2009; McClellan *et al.*, 2010; Shortell *et al.*, 2010).

Apesar do reduzido período temporal decorrido desde a sua introdução, apresenta-se o impacto observado do programa *ACO Pioneers*, de acordo com o *Centers for Medicare & Medicaid Services* (U.S. Department of Health & Human Services, 2013):

- A dimensão da qualidade obteve, em todas as 32 ACO (100%) níveis superiores para os indicadores com comparação disponíveis;
- Na dimensão da eficiência salienta-se uma poupança bruta estimada em US\$ 87,8 milhões, sendo que US\$ 33 milhões pertencem ao universo *Medicare*. Esta redução por beneficiário fica a dever-se à redução das taxas de internamento e readmissões hospitalares.

Importa ressaltar que apesar do impacto positivo ao nível da eficiência, existe uma grande variabilidade individual. Do total das 32 ACO pioneiras, apenas 40,6% (13

ACO) receberam incentivos financeiros adicionais, e apenas 6,3% (2 ACO) apresentam um crescimento da despesa.

2.3. Integração Vertical de Cuidados e o Impacto nos Custos

2.3.1. O Impacto das ULS na Redução dos Custos nos Cuidados de Saúde

Em Portugal os estudos concretos sobre o impacto da criação das ULS na redução dos custos em saúde são inexistentes.

É de referir que a integração de cuidados deve ser encarada como uma mudança necessária para dar resposta aos novos desafios, sendo que a capacidade de benefício terá de ser considerada a médio e longo prazo. Deve ser considerada um processo facilitador para alcançar os *outcomes* necessários e não como um resultado em si mesmo (Lopes *et al.*, 2014).

A redução de custos unitários não se traduz em vantagens competitivas no que respeita à eficiência. É preciso promover a saúde e prevenir a doença tendo como primazia o ambulatório (Conrad *et al.*, 1990).

A eficiência de custo implica a redução de procedimentos desnecessários ao longo do processo de produção. Em unidades integradas evita-se a duplicação não só a nível de procedimentos mas também de pessoal (Leatt *et al.*, 2000; Sobczak, 2002), sendo que a duplicação de atos e procedimentos é uma realidade comum dos sistemas não integrados (Santana *et al.*, 2009). Em unidades fragmentadas aumentam-se custos de transação e não se permite uma gestão conjunta de processos e recursos o que não promove organizações custo-efetivas (Gröner *et al.*, 2001; Lopes *et al.*, 2014).

A alocação de recursos financeiros ao *continuum* de cuidados, para além de diminuir os custos de tratamento, permite uma melhor utilização dos recursos existentes, bem como a uniformização de procedimentos (Sobczak, 2002).

A prestação de cuidados por linhas de produção permite aumentar a qualidade da prestação e diminuir custos (Parker *et al.*, 2001). O agrupamento por linhas de produção centra-se em programas de gestão da doença (diabetes ou hipertensão), em seguimentos

populacionais (saúde infantil) ou em procedimentos (intervenções cirúrgicas) (Parker *et al.*, 2001).

No caso de doenças como a diabetes, doença cardíaca e asma, pode encontrar-se na literatura estudos que demonstram que é possível reduzir os custos associados quando se implementam programas de gestão de doenças crónicas (Bodenheimer *et al.*, 2007), bem como a diminuição das taxas de hospitalização destes doentes (Krause, 2005).

A investigação internacional comprova que quando a continuidade de cuidados não é privilegiada, e até é diminuta, as taxas de utilização dos serviços de urgência e de internamento são mais elevadas e, a duração de internamento também aumenta (Mainous *et al.*, 1998; Rosenblatt *et al.*, 2000; Christakis *et al.*, 2000; Ionescu-Ittu *et al.*, 2007; Cheng *et al.*, 2010; Cheng, *et al.*, 2011).

As unidades integradas promovem a diminuição da demora média de internamento, bem como uma redução dos custos inerentes, e ainda o decréscimo dos eventos adversos (Rotter *et al.*, 2010).

A existência de informação integrada e disponível em unidades integradas promove a tomada de decisão efetiva sobre os atos ou procedimentos que acrescentem valor para o doente. Deste modo, diminuem-se atividades dispendiosas racionalizando a prestação de cuidados (Santana *et al.*, 2009).

O conhecimento prévio do doente promove a diminuição de tempo na consulta e reduz prescrições de exames laboratoriais e imagiológicos (Hjordahl, 1992). Paralelamente diminui a duplicação de prescrições e previne o uso desnecessário dos serviços (Chan *et al.*, 2012).

A realçar que a preferência pelo ambulatório, para tratamento e/ou diagnóstico de doentes, que acrescente ganhos em saúde só é possível em unidades integradas (Santana *et al.*, 2009).

Instituições integradas conseguem uma melhor e mais eficiente negociação com fornecedores competindo através de preços mais baixos, o que por sua vez permite diminuir custos financeiros (Konetzka *et al.*, 2008).

No seu estudo Konetzka *et al.*, (2008) demonstraram que a integração de cuidados tem um impacto positivo em termos de custos sendo, no caso apresentado, a variação de US\$ 1.991. Todavia, a longo prazo parecem não existir grandes variações na contenção de custos podendo mesmo estar associada a um aumento dos mesmos sobretudo em mercados anteriormente sujeitos às pressões da concorrência. Salienta-se ainda que, apesar de a longo prazo o impacto não ser tão notório mantém-se a sua vantagem na contenção dos mesmos (Konetzka *et al.*, 2008).

2.3.2.A Experiência das Health Maintenance Organizations na Redução de Custos

Uma série de revisões de literatura relacionam o impacto da integração de cuidados, através de organizações como as HMO, com a contenção de custos. Evidenciando que as taxas de internamento são menores, assim como o número de procedimentos mais reduzido quando comparadas com os planos de saúde tradicionais.

Em 1998, Baker *et al.*, concluem que um aumento de 10% no surgimento de HMO resulta numa diminuição de 2% de custos nos seguros tradicionais da *Medicare* (Baker *et al.*, 1998)

Posteriormente demonstra-se que com o aumento de 1% de HMO se consegue uma redução de gastos em 1% com os seguros tradicionais da *Medicare* (Chernew *et al.*, 2008).

Shen *et al.* (2010) num estudo retrospectivo concluíram que com o aumento em 10% de HMO existia uma redução de 4,1% dos custos operacionais totais para os anos de 1994 a 1999. Posteriormente, para o período considerado pelos autores como o período pós reação dos mercados, entre 2000 e 2005, esta associação mostra-se mais fraca onde os mesmos 10% têm uma redução de custos associados de 2,5%, sendo a evolução da receita também mais lenta. Contudo, salientam como causas, por exemplo, os fatores externos de mercados como a existência de outros planos. Referindo que o maior controlo dos preços por outros planos de saúde pode ser um dos fatores prováveis para o atraso na receita (Shen *et al.*, 2010).

A variação do impacto das HMO fica também a dever-se à diminuição de inscritos a partir de 2000 (Jiang *et al.*, 2013).

Jiang *et al.* (2013), tentaram compreender se a integração de cuidados tem impacto não só nos custos mas também na qualidade. Concluíram que, apesar de a integração de cuidados ter perdido a sua força na contenção de custos, continuam a existir discrepâncias entre os custos hospitalares em mercados com diferentes níveis de penetração de HMO. Os hospitais com maior integração continuam a apresentar custos mais baixos quando comparados com os outros mercados. Além de que os planos de saúde integrados aumentam a qualidade dos cuidados prestados pelo que também existe uma maior preocupação com a segurança do doente.

A diminuição do impacto nos custos de internamento por doente saído ao longo do tempo foi também referida por outros autores (Konetzka *et al.*, 2008; Landon *et al.*, 2012; Stevenson *et al.*, 2013). Porém, as vantagens dos planos da HMO a nível de ambulatório não se invertem e continuam a apresentar um impacto positivo na contenção de custos por doente ao longo do tempo (Dugan, 2014).

Quando comparamos organizações de cuidados integradas com fins lucrativos como as HMO, com organizações sem fins lucrativos, a literatura não nos permite retirar conclusões. Se por um lado estes planos são capazes de alcançar um maior nível de eficiência quando comparados com planos sem fins lucrativos (Accenture, 2001), também existe evidência que planos com fins lucrativos não se traduzem em eficiência económica quando comparados com os outros (Schramm, 2001).

Num estudo realizado por Shen *et al.*, com o objetivo de comparar estas duas tipologias, concluíram que planos de saúde com fins lucrativos como as HMO têm um crescimento da receita mais lento mas são capazes de conter custos (Shen *et al.*, 2004).

2.3.3.A Experiência do Sistema Nacional de Saúde Inglês e da Kaiser Permanente

O interesse no modelo de integração vertical da *Kaiser Permanente* tem vindo, nos últimos anos, a despertar especial interesse pelos altos níveis de qualidade e pelo custo-efetividade (Feachem *et al.*, 2002).

Tem influenciado decisores políticos e sistemas de saúde europeus por ser um modelo de integração bem sucedido em termos de qualidade e custos (Strandberg-Larsen *et al.*, 2007).

Neste âmbito, foram desenvolvidos estudos comparativos entre o modelo da KP e o Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS).

O estudo de Feachem *et al.*, (2002) apresenta uma comparação interessante entre os custos e o desempenho da KP na Califórnia e do NHS. As conclusões do estudo são as seguintes:

- Ambos os sistemas oferecem amplos serviços de saúde, incluindo cuidados agudos e ambulatorio;
- Os custos *per capita* dos dois sistemas são semelhantes (NHS US\$ 1.764 e KP US\$ 1.951);
- O número de especialistas por 100.000 habitantes é maior na KP, sendo que esta possui duas vezes mais ginecologistas e obstetras que o NHS, bem como três vezes mais cardiologistas;
- O tempo de espera para consultas de especialidade é maior no NHS do que na KP. Em 2001, 80% dos doentes do NHS, encaminhados para consultas de especialidade, esperavam cerca de 13 semanas. Enquanto 80% dos doentes da KP eram observados pela especialidade no prazo de duas semanas;
- A melhor gestão de admissões e o menor número de dias de internamento são aspetos a considerar na KP quando comparada com o NHS;
- O tempo de espera para internamento eletivo ou para acesso a cuidados hospitalares é maior no NHS. Um terço dos seus doentes aguardam cerca de cinco meses para o internamento hospitalar eletivo, enquanto que 90% dos doentes da KP são admitidos em três meses;
- A cobertura de vacinação e o rastreamento do cancro em mulheres é semelhante nos dois sistemas;
- O número de transplantes cardíacos é semelhante nos dois sistemas, contudo a KP realiza mais 78% de transplantes renais do que o NHS;

- No que respeita ao tratamento cardiovascular existem diferenças nos dois sistemas, estando os doentes da KP mais propensos a receber tratamento mais adequado que os doentes da NHS. Em 1997, 42% dos doentes do NHS que sofreram de enfarte agudo do miocárdio receberam tratamento com beta-bloqueantes, contrastando com os 93% da KP. A utilização da revascularização coronária também apresenta mais procedimentos na KP quando comparada com o NHS.

Segundo os autores (Feachem *et al.*, 2002), a eficiência ao nível dos custos e da qualidade dos cuidados fica a dever-se a:

- Uma integração completa do sistema da KP conseguida por meio de parcerias entre médicos e a administração, o que permite um maior controlo e responsabilidade na prestação de cuidados;
- O desenvolvimento dos sistemas e tecnologias de informação, bem como dos programas de gestão de doenças crónicas, permitem resultados mais custo-efetivos uma vez que se consegue diminuir taxas de hospitalização e reduzir dias de internamento;
- O desenvolvimento dos sistemas e tecnologias de informação permite também uma redução de tempo administrativo e clínico promovendo uma prestação de cuidados mais efetiva e de qualidade;
- A concorrência e a liberdade de escolha por parte dos cidadãos levou a que a KP melhorasse a variedade e a qualidade dos planos oferecidos assim como o preço dos mesmos.

Em 2003, num estudo realizado por Ham *et al.*, com o objetivo de comparar a taxa de ocupação hospitalar no NHS na Inglaterra, na KP na Califórnia e na *Medicare* nos Estados Unidos e Califórnia, entre 2000 e 2001, concluíram que os melhores resultados da KP podem ser justificados por:

- Integração - a KP integra o financiamento com a prestação de cuidados, vinculando-se a responsabilidade partilhada entre médicos e administrações o que diminui tempos de internamento. Promove também a integração entre os

diferentes níveis de cuidados, vinculando a prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como o desenvolvimento de programas de gestão de doenças crónicas (são exemplo a asma e insuficiência cardíaca).

- *Managed care* - a KP desenvolveu programas de gestão de doença com o objetivo de diminuir tempos de internamento e promover o fluxo de doentes entre os diferentes níveis de cuidados. Os doentes ortopédicos na KP tem altas mais precoces através da orientação para os cuidados na comunidade.
- Diferenças entre o NHS e a KP - são referidas três diferenças que podem ser consideradas para os melhores resultados da KP. A existência de maior número de especialistas por 100.000 habitantes na KP do que no NHS, tal como verificado no estudo de Feachem *et al.*, (2002), pode ser responsável pela redução de tempos de acesso assim como do número de camas. Em segundo lugar, a possibilidade de os médicos do NHS praticarem medicina privada pode alterar a sua reponsabilidade com a organização, ao contrário do que acontece com os médicos da KP que tem exclusividade com a organização o que os compromete e incentiva ao aumento da eficiência. Por último, a diferença no que concerne à universalidade de cuidados pode ser um factor, uma vez que o NHS prevê a universalidade dos mesmos e a KP não. Tal pode não permitir a comparação dos dois modelos apesar dos ajustamentos realizados.

2.3.4.A Experiência do Sistema Nacional de Saúde Dinamarquês e da Kaiser Permanente

O sucesso da KP na eficiente prestação de cuidados tem levado à realização de estudos com o objetivo de comparar este sistema de cuidados com diversos sistemas de saúde. Num estudo realizado por Frølinch *et al.*, (2008) encontra-se a comparação do desempenho entre a KP e o Sistema Nacional de Saúde Dinamarquês (DHS). A comparação é realizada em seis dimensões e seguidamente apresentam-se as conclusões (Frølinch *et al.*, 2008):

- População - a população da KP é mais jovem, possui maior escolaridade e tem maiores rendimentos quando comparada com o DHS. Na KP 10,2% da população tem mais de 65 anos comparativamente com 15,1% do DHS. Relativamente às doenças crónicas, os membros da KP tem maior prevalência

que os membros do DHS: 6,3% dos membros da KP referem ter diabetes mellitus comparativamente com 2,8% dos membros do DHS; 19% dos membros da KP referem possuir hipertensão arterial relativamente a 8,5% dos membros do DHS e 1% dos membros da KP sofreu de um acidente vascular cerebral comparativamente com 0,2% dos membros do DHS. No que respeita aos fatores de risco os membros da KP fumam menos que os do DHS, contudo existe uma maior percentagem de membros da KP com obesidade.

- Equipas de Profissionais - a KP possui menor número de médicos e de outros profissionais do que o sistema de saúde dinamarquês: 134 médicos e 1.125 de outros profissionais de saúde por 100.000 habitantes comparativamente com 311 médicos e 2.025 restantes profissionais de saúde por 100.000 habitantes do DHS.
- Sistema de cuidados - todos os médicos da KP presentes nos cuidados de saúde primários são especialistas, ao contrário do que acontece no DHS onde os especialistas são assalariados dos hospitais e os médicos dos cuidados de saúde primários recebem por capitação e desempenho.
- Padrão de utilização - a KP tem uma taxa de ocupação menor quando comparada com o DHS (270 dias por 1.000 habitantes/ano vs 814 dias por 1.000 habitantes/ano). Quando comparamos a taxa de ocupação em cuidados agudos esta também é maior no DHS (18% por 1.000 habitantes/ano na Dinamarca vs 7% por 1.000 habitantes/ano na KP). O tempo de internamento é menor em média na KP (3,9 dias vs 6 dias respetivamente), sendo no caso dos acidentes vasculares cerebrais esta diferença mais notável.
- Qualidade - o rastreio do cancro da mama apresentou taxas mais altas na KP quando comparada com o DHS (78% vs 10%), bem como o rastreio da retinopatia em doentes com diabetes (93% vs 46%), assim como o uso de beta-bloqueantes em doentes com enfarte agudo do miocárdio (93% vs 69%), resultados já descritos por Feachem *et al.* (2002).
- Custos - os custos operacionais entre os dois sistemas foram semelhantes. Porém, após os ajustes de idade, escolaridade e rendimentos, o custo *per capita*

do sistema dinamarquês foi de US\$ 1.480 comparativamente a US\$ 1.951 da KP. Assim, os custos do DHS são 24% menos onerosos que a KP.

É certo que as diferenças demográficas e geográficas entre os dois sistemas podem traduzir diferenças na interpretação dos dados apresentados e limitar a sua comparação apesar dos ajustamentos realizados. Se por um lado é notória a diferença do número de médicos entre os dois sistemas podem ser várias as interpretações possíveis e é de salientar que os médicos da KP trabalham mais horas por semana que os médicos no DHS (40 horas por semana no DHS vs 40 a 70 horas por semana na KP). A diferença no número e na utilização das camas hospitalares também é marcante podendo ficar a dever-se a uma falha nos cuidados de saúde primários no DHS ou então a considerar por exemplo que na Dinamarca os doentes com acidente vascular cerebral recebem reabilitação no hospital ao contrário do que acontece com doentes da KP.

Apesar das potencialidades da integração de cuidados anteriormente apresentadas, a maioria dos estudos realizados nos EUA não apresentam conclusões (Tjerbo *et al.*, 2005). É certo que se salientam vantagens na integração de cuidados nos EUA como no caso da *Kaiser Permanente*, evidenciando que a melhoria da performance, mantendo os custos, se ficou a dever à integração de cuidados, às tecnologias de informação, à concorrência de mercado assim como ao custo-efetividade dos tratamentos hospitalares (Feachem *et al.*, 2002).

2.4. Metodologias de Custeio

A metodologia utilizada para a determinação dos custos nos cuidados de saúde é de particular importância para a gestão de organizações prestadoras. Dela dependem os graus de exatidão e fiabilidade capazes de influenciar os resultados obtidos e consequentemente o processo decisional, operacional e estratégico (Costa *et al.*, 2008b).

De acordo com Pereira (2004) o conceito de custo inclui o valor de todos os recursos consumidos na produção e distribuição de bens e serviços. A noção de custo varia consoante o que se pretende e, à medida que os custos se tornam mais específicos são necessárias metodologias mais complexas para os calcular (Young, 2014).

Para o apuramento dos custos podem considerar-se duas abordagens: *bottom-up* e *top-down* (Costa *et al.*, 2008b) (Quadro 2).

Abordagem	Informação	Método	Resumo das principais características
<i>Bottom-up</i>	Recolhida ao longo do processo de produção.	Método Direto	Consiste na identificação e valorização dos recursos utilizados por doente ao longo do processo produtivo.
<i>Top-down</i>	Contabilidade central do hospital.	Método das Secções	<p>Metodologia utilizada pelo plano de contabilidade analítica dos hospitais.</p> <p>Consiste em apurar os custos globais por secção principal para posteriormente se apurar o custo por linha de produção, repartindo os mesmos pelo total de produção.</p> <p>A desagregação da informação é limitada e existe falta de correspondência com os centros de produção.</p>
		Activity Based Costing	Identifica as atividades desenvolvidas e consegue imputar custos a cada ato, o que permite obter custos por doente e por GDH, sendo mais detalhado que o método das secções.

Quadro 2: Resumo das metodologias de apuramento de custos por doente

(Fonte: Adaptado de Costa *et al.*, 2008b)

A abordagem *top-down*, pelo uso de informação obtida na contabilidade central, fornece informação menos precisa que a abordagem *bottom-up*, uma vez que os resultados obtidos são estimados e não são ajustados às características do doente (Vertrees 2003, citado por Costa *et al.*, 2008b). Contudo, a abordagem para apuramento de custos frequentemente usada é a *top-down*, uma vez que se considera ser um processo menos moroso (Negrini *et al.*, 2004). Em Portugal é também essa abordagem a usualmente utilizada nos hospitais do SNS onde se salienta a utilização do Método das Secções e a título experimental a metodologia *Activity Based Costing* (ABC) (Costa *et al.*, 2008b).

2.4.1. Apuramento de Custos por Doente

Atualmente, a valorização dos consumos dos centros de produção deve dar lugar a uma abordagem centrada nos consumos de cada doente concreto, visto que as características dos doentes influenciam o consumo de recursos. Assim, de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, um sistema de apuramento de custos por doente permite o nível de informação detalhada desejada.

A metodologia de custeio por doente consiste numa abordagem tipo *bottom-up* e, prevê a imputação de todos os custos resultantes do processo produtivo durante o episódio de doença. Para tal é necessário um sistema informático capaz de suportar todos os registos necessários (Phelan *et al.*, 1998).

Em Portugal, para além das metodologias de custeio tradicionais, foram desenvolvidos métodos alternativos para estimar os custos por doente saído no internamento: Custos Estimados com base na *Matriz de Maryland* e os Custos Estimados com base na Contabilidade Analítica (CEA). São métodos *top-down* e permitem uma análise mais detalhada no que respeita a custos por episódio de internamento (Costa *et al.*, 2008b).

Os esforços desenvolvidos para o apuramento de custos com maior rigor, privilegiando a metodologia de custeio por doente, têm como objetivos (Conteh *et al.*, 2004; Muise *et al.*, 2006; Costa *et al.*, 2008b):

- Permitir a tomada de decisões operacionais e estratégicas com maior rigor e menor grau de risco;

- Reorganizar os processos produtivos com vista a maximizar a eficiência, qualidade e o valor para o doente;
- Conhecer e compreender a estrutura de consumo de recursos das organizações;
- Contribuir para a identificação dos custos e *cost drivers* e como eles se relacionam com o *output*;
- Identificar as prioridades de prestação desenvolvendo atividades pró-ativas que evitem consumos futuros de cuidados agudos;
- Gerir o processo de produção com critérios de custo-efectividade;
- Facilitar a comparação e promover a utilização de técnicas de *benchmarking* entre organizações contribuindo para a melhoria da qualidade;
- Utilizar a teoria de custo-volume-resultados;
- Constituir um elemento agregador em processos de integração de cuidados;
- Possibilitar uma análise de estudo em diferentes óticas: apuramento de custos por patologia; por área de residência; por tipo de Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) ou por características demográficas;
- Desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor e fiabilidade;
- Auferir o nível de risco financeiro da unidade prestadora;
- Permitir a aplicação de metodologias de avaliação económica entre cenários alternativos.

Os gastos hospitalares, por representarem aproximadamente um terço do total nacional das despesas de saúde, são um ponto fulcral para reunir esforços no sentido de reduzir o crescimento da despesa (Catlin *et al.*, 2007). Da consulta bibliográfica efetuada é de referir que, os estudos sobre o apuramento de custos recaem sobretudo nos custos dos hospitais. Há ainda pouca investigação sobre o apuramento dos custos em Unidades Locais de Saúde, inexistindo um quadro legal de registo de todos os custos em contexto

de integração vertical de cuidados, como acontece no caso hospitalar com o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH).

Relativamente às metodologias de custeio, o apuramento de custos por doente em contexto de integração de cuidados permite o conhecimento do consumo de recursos do doente ao longo do *continuum* da prestação. A relembrar que as ULS integram cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários numa perspetiva de articulação de cuidados. Deste modo, em contexto de integração vertical de cuidados, o conhecimento e o cruzamento de informação de produção e de custos centrado no doente, potencia um conjunto de análises que permitem detalhar procedimentos tanto a nível de articulação como de coordenação dos serviços. Permitindo assim tomar decisões estratégicas e operacionais com menor risco, maximizando a eficiência e acrescentando valor para o doente.

3. Objetivos

3.1. Objetivos Gerais e Específicos

A preocupação crescente com a eficiência e eficácia económica na gestão dos gastos públicos, vincula a necessidade de desenvolver a contabilidade analítica nas organizações de saúde com o intuito de analisar e controlar os custos, bem como auxiliar os processos de tomada de decisão. Assim, a informação fornecida pelas demonstrações financeiras tradicionais tornou-se escassa nos dias de hoje (Kaplan S. *et al.*, 2011).

A centralidade da preocupação no financiamento do setor da saúde no que respeita às unidades de pagamento e aos montantes financiados, não tem permitido desenvolver metodologias para determinar os custos reais dos doentes tratados. Com a falta de critérios orientadores para imputar e distribuir custos é difícil melhorar a eficiência e eficácia da prestação.

O estudo apresentado utiliza a informação disponível sobre os custos da prestação de cuidados para estimar os custos do internamento hospitalar português.

No que respeita aos objetivos do presente trabalho estes são apresentados seguidamente.

Objetivo geral:

- Analisar o impacto da criação das Unidades Locais de Saúde nos custos do internamento hospitalar.

Objetivos específicos:

- Estimar o custo por episódio de internamento entre ULS e não ULS para os anos selecionados;
- Analisar de forma comparativa os custos de internamento hospitalar entre ULS e hospitais não ULS.

4. Metodologia

4.1. Tipo de estudo

Face aos objetivos descritos anteriormente foi desenhado um estudo quantitativo, longitudinal retrospectivo.

4.2. Fontes de Dados

Os dados sobre a informação de gestão, no que respeita à contabilidade analítica dos hospitais, foram retirados do Portal da Administração Central do Sistema de Saúde.

Foi também utilizada a base de dados da ACSS, cedida à Escola Nacional de Saúde Pública, contendo informação dos resumos de alta dos hospitais públicos nacionais para os anos em estudo.

4.3. População e Amostra

A população em estudo diz respeito ao conjunto de todos os episódios de internamento dos hospitais públicos de Portugal Continental.

De acordo com a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, considera-se episódio de internamento quando o doente *admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, ocupa cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, vinte e quatro horas, excetuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outro estabelecimento, não chegando a permanecer durante vinte e quatro horas nesse estabelecimento de saúde* (Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho).

Considerando os aspetos da definição anterior e o objetivo do estudo, selecionou-se a amostra tendo em conta diversos critérios de exclusão:

- Episódios de ambulatório, sendo deste modo elegíveis apenas os episódios de internamento hospitalar;

- Episódios de internamento com duração igual ou inferiores a zero dias, bem como episódios com demora média superior a 365 dias;
- Outros episódios de internamento cuja informação contida nos resumos de alta apresentava dados incorretos e incompletos, com o objetivo de não enviesar os resultados do estudo.

O período em análise corresponde aos anos: 2004, 2006, 2007, 2008 e 2009, o que permite uma comparação longitudinal do impacto da mudança organizacional nos custos médios do internamento hospitalar português.

A escolha dos anos a incluir ficou a dever-se à disponibilidade de informação sobre os custos de internamento nos hospitais com os diferentes modelos organizacionais relevantes para o estudo, permitindo deste modo a comparação entre organizações ULS e não ULS.

É em 2004 que pela primeira vez se verifica a existência de informação de custos de internamento hospitalar em instituições com os diferentes modelos organizacionais em estudo. Tal fator levou a que fosse o primeiro período a ser considerado.

Nos restantes anos incluídos mantém-se a disponibilidade de informação de custos de internamento hospitalar para algumas organizações ULS e não ULS.

O ano de 2005 foi excluído aleatoriamente e, os períodos posteriores a 2009 não foram considerados em virtude de não se encontrar informação disponível de custos reais no que respeita ao internamento hospitalar.

4.4. Definição das Variáveis

A seleção das variáveis foi realizada tendo em conta a informação disponível nas bases de dados utilizadas, e a pesquisa bibliográfica efetuada sobre o tema.

Considera-se a variável em estudo o **custo ajustado por episódio de internamento hospitalar**. Esta variável fornece informação sobre o custo estimado por episódio de internamento, onde para o seu cálculo foram incluídos coeficientes de ponderação como o peso relativo e o índice de case-mix (ICM).

De acordo com a ACSS entende-se *por peso relativo de um GDH o coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, um peso relativo de 1.0* (Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2014b).

Por índice de case-mix, de acordo com a mesma referência bibliográfica, entende-se o *coeficiente global de ponderação da produção que 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.

Para o seu cálculo considerou-se a seguinte equação:

$$\frac{\left(\frac{\text{Custo Total de Internamento do Hospital}}{\sum \text{Doentes Saídos do Hospital}} \right) \times \text{Peso Relativo do GDH}}{\text{ICM do Hospital}}$$

As variáveis explicativas incluídas no estudo foram:

- Variável demográfica idade e género.

A variável idade caracteriza a faixa etária do doente saído. Os dados foram agrupados de acordo com a divisão frequentemente utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE): 0-14 anos; 15-24 anos; 25-44 anos; 45-64 anos e pelo menos 65 anos.

Estudos demonstram que a população mais idosa apresenta maior probabilidade de desenvolvimento de complicações do que a população mais jovem, sobretudo devido à elevada prevalência de doenças crónicas nessas faixas etárias (Forman *et al.*, 1992; Iezzoni, 1997, Ash *et al.*, 2000; Van de Ven *et al.*, 2000).

A variável género especifica se o doente saído é homem ou mulher. A literatura refere que as necessidades em saúde variam em função do género, bem como a resposta à terapêutica em situações de doença (Iezzoni, 1997; Costa, 2005).

- Variável ano: corresponde ao ano em estudo;
- Variável código do hospital: refere-se ao código utilizado para identificar os hospitais em estudo;
- Variável GDH: corresponde ao código do GDH² (Anexo C) atribuído ao episódio de internamento.

Para efeitos de comparação dos dois modelos organizacionais em estudo e, de acordo com os programas de saúde prioritários da Direção-Geral da Saúde (DGS) foram selecionados os seguintes GDH (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2014):

GDH 14 – Acidente vascular cerebral com enfarte;

GDH 88 – Doença pulmonar obstrutiva crónica;

GDH 90 – Pneumonia e pleurisia simples, idade superior a 17 anos, sem complicações;

GDH 122 – Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações *major*, alta vivo;

GDH 294 – Diabetes, idade superior a 35 anos.

- Variável tipo de GDH: caracteriza o tipo de GDH, considerando-se o código M para GDH médico e o código C para GDH cirúrgico;
- Variável ULS/Não ULS: permite caracterizar o modelo organizacional dos hospitais, sendo atribuído o código 0 aos hospitais não ULS e o código 1 aos hospitais ULS.

² Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho - Agrupador AP 21

4.5. Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao *software Microsoft Excel® 2007* e ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21 para *Windows*.

Para estimar os custos por episódio de internamento hospitalar, e após a pesquisa bibliográfica realizada sobre as principais metodologias de custeio, seguiu-se a metodologia denominada por Custos Estimados com base na Contabilidade Analítica.

Esta metodologia baseia-se essencialmente no cruzamento da informação de custos da contabilidade analítica dos hospitais de Portugal Continental, com a informação contida na base de dados dos resumos de alta dos hospitais públicos nacionais (Costa *et al.*, 2008).

A aplicação desta metodologia seguiu as seguintes etapas:

- Compilou-se a informação da contabilidade analítica dos hospitais, no que respeita aos custos totais por linha de produção principal, nomeadamente de internamento hospitalar;
- Através do cálculo da média dos pesos relativos, encontrou-se o IMC do internamento de cada hospital para os anos em estudo;
- Posteriormente foi necessário apurar o custo médio de internamento em cada hospital. Para tal considerou-se a seguinte equação:

$$\frac{\text{Custo Total de Internamento do Hospital}}{\sum \text{Doentes Saídos do Hospital}}$$

- Para estimar os custos por episódio de internamento hospitalar foi necessário realizar um ajustamento considerando o peso relativo e o índice de case-mix, uma vez que são coeficientes de ponderação, refletindo a diversidade e complexidade do episódio e do total da produção do hospital respetivamente. A equação considerada foi a seguinte:

$$\frac{\text{Custo Médio de Internamento por Hospital} \times \text{Peso Relativo do GDH}}{\text{ICM do Hospital}}$$

Para a caracterização da amostra utilizaram-se as seguintes medidas estatísticas: medidas de frequência como a frequência absoluta e a frequência relativa.

Para a análise comparativa dos custos hospitalares nos dois modelos organizacionais em estudo foram consideradas as variáveis demográficas idade e sexo, a variável tipo de GDH e a variável GDH para os 5 grupos de diagnóstico selecionados. Foram utilizadas medidas de tendência com recurso ao cálculo da média e, medidas de dispersão utilizando-se para efeito o desvio padrão e o cálculo dos quartis.

Recorreu-se ainda ao teste de *levene* para analisar se as variâncias populacionais, estimadas a partir das amostras em estudo, são homogéneas. Conjuntamente utilizou-se o teste *t-student* (*t-test for equality of means*) com o objetivo de verificar se as médias das variáveis em estudo são significativamente diferentes. Foram considerados estatisticamente significativos valores de *Sig.* inferiores a 0,05.

De referir que em todas as situações comparativas ambos os grupos apresentam um número de observações superiores a 30. E, de acordo com o teorema do limite central, estes aproximam-se de uma distribuição normal, sendo assim correta a aplicação de testes paramétricos como o teste *t-student*.

Numa última fase, optou-se pela comparação de resultados através do método da diferença das diferenças, com o intuito de avaliar o impacto da integração vertical de cuidados na variável custo estimado por episódio de internamento hospitalar.

5. Resultados

5.1. Caracterização da Amostra

De acordo com os objetivos definidos para o trabalho e, após a aplicação da metodologia descrita no capítulo anterior, apresentam-se os resultados obtidos.

Numa primeira fase caracteriza-se a amostra utilizada agregando os dados por anos.

Através da análise do Quadro 3 verifica-se que o universo de hospitais não ULS possui maior representatividade que os hospitais ULS. No ano de 2004, do total de episódios de internamento (1.066.818 episódios), após a aplicação dos critérios de exclusão para a definição da amostra, foram incluídos no estudo 808.736 episódios. Do total dos 75 hospitais em estudo apenas 1 possui o modelo de gestão de integração vertical de cuidados, representando 2,4% do total dos episódios (Quadro 4).

Em 2006 do total de episódios de internamento (1.094.857 episódios) foram incluídos no estudo, após a aplicação dos critérios de exclusão, 770.269 episódios. Dos 66 hospitais em estudo apenas 1 possui o modelo de gestão de integração vertical de cuidados (Quadro 3), mantendo-se a representatividade das ULS nos 2,4% (Quadro 4).

No ano 2007, após a aplicação dos critérios de exclusão, incluíram-se no estudo 803.890 episódios de internamento, de um total de 1.723.922 episódios. Todavia, o hospital ULS incluído representa apenas 2,2% do total dos episódios (Quadro 4).

Em 2008 a representatividade das ULS aumenta e situa-se nos 5% (Quadro 4). Dos 1.888.605 episódios foram validados para inclusão no estudo 811.926 episódios de internamento (Quadro 4).

No último ano em estudo a representatividade dos hospitais ULS continua a aumentar, apresentando cerca de 10,1% do total de episódios incluídos (Quadro 4). Dos 41 hospitais em análise, 4 possuem o modelo de gestão de integração vertical (Quadro 3). Com um total de 1.976.934 episódios, foram incluídos no estudo, após a aplicação dos critérios de exclusão, 592.208 episódios de internamento (Quadro 4).

Total de hospitais por modelo de gestão		
Hospitais ULS	Hospitais Não ULS	Total
Ano 2004		
1	74	75
Ano 2006		
1	65	66
Ano 2007		
1	58	59
Ano 2008		
3	55	58
Ano 2009		
4	37	41

Quadro 3: Caracterização do modelo de gestão dos hospitais por ano.

Distribuição dos episódios de internamento por modelo de gestão			
2004			Episódios
Modelo de Gestão	Não ULS	N	789.703
		% Total	97,6%
	ULS	N	19.033
		% Total	2,4%
Total		N	808.736
		% Total	100,0%
2006			Episódios
Modelo de Gestão	Não ULS	N	751.704
		% Total	97,6%
	ULS	N	18.565
		% Total	2,4%
Total		N	770.269
		% Total	100%
2007			Episódios
Modelo de Gestão	Não ULS	N	786.138
		% Total	97,8%
	ULS	N	17.752
		% Total	2,2%
Total		N	803.890
		% Total	100%
2008			Episódios
Modelo de Gestão	Não ULS	N	77.1689
		% Total	95%
	ULS	N	40.237
		% Total	5%
Total		N	811.926
		% Total	100%
2009			Episódios
Modelo de Gestão	Não ULS	N	532.486
		% Total	89,9%
	ULS	N	59.722
		% Total	10,1%
Total		N	592.208
		% Total	100%

Quadro 4: Total de episódios por ano e por modelo de gestão.

5.2. Análise Comparativa do Custo Estimado por Episódio

No que respeita ao custo estimado por episódio de internamento, considerando os hospitais com os dois modelos de gestão em estudo, é de referir que no ano de 2004 a média do respetivo custo para hospitais não integrados em ULS situa-se aproximadamente nos 2.874,22€, com um desvio padrão de aproximadamente 4.576,48€ (Quadro 5). Os hospitais integrados em ULS apresentam um custo estimado de 2.161,14€, com um desvio padrão de aproximadamente 2.690,88€ (Quadro 5).

Da análise dos quartis verifica-se que a moda e a mediana são muito inferiores à média existindo uma amplitude interquartil de 1.981,96€ nos hospitais não integrados em ULS, e de 1.368,58€ nos hospitais pertencentes às ULS, o que confirma uma grande dispersão dos dados (Quadro 5).

Custo estimado por episódio de internamento no ano 2004							
	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Quartis		
					1°	2°	3°
Não ULS	789.703	2.874,68€	248,24€	4.576,48€	1.094,16€	1.798,83€	3.076,12€
ULS	19.033	2.161,14€	247,62€	2.630,88€	9.73,22€	1.587,19€	2.341,80€
Diferença de médias		713,54€					

Quadro 5: Caracterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2004.

Após a utilização do teste de *Levene* juntamente com o teste *t-student*, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas³ entre o custo médio estimado dos hospitais não ULS quando comparado com os hospitais ULS. Assim, com uma igualdade de variâncias não assumida, e com um valor de *Sig.* de 0,000 pode afirmar-se que o custo estimado por episódio de internamento dos hospitais não ULS é superior ao custo dos hospitais integrados em ULS.

³ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

Em 2006, a média do custo estimado por episódio de internamento continua a ser mais elevada nos hospitais não ULS (Quadro 6). Estes apresentam um custo médio estimado por episódio de aproximadamente 2.918,30€ e os hospitais ULS de 2.767,31€ (Quadro 6).

Continua a existir uma grande dispersão dos dados, sendo que a moda e a mediana mantêm-se muito inferiores à média (Quadro 6).

Custo estimado por episódio de internamento no ano 2006							
	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Quartis		
					1°	2°	3°
Não ULS	751.704	2.918,30€	263,85€	4.376,53€	1.170,93€	1.929,54€	3.150,85€
ULS	18.565	2.767,31€	317,51€	3.335,688€	1.247,90€	2.033,72€	2.978,59€
Diferença de médias		150,99€					

Quadro 6: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2006.

Da análise estatística efetuada conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas⁴ entre o custo médio estimado por episódio de internamento nos hospitais não ULS relativamente aos hospitais ULS. Com um valor de *Sig.* de 0,000 no teste *t-student* pode afirmar-se que o custo estimado por episódio de internamento dos hospitais não ULS é superior.

As conclusões anteriormente apresentadas são semelhantes quando se analisa o ano 2007. Assim, os hospitais não ULS apresentam custos médios estimados de episódios de internamento mais elevados sendo a diferença de custos de aproximadamente 330,40€ por episódio de internamento (Quadro 7). Da interpretação do teste *t* para a diferença das médias, pode afirmar-se que os custos médios estimados por episódio de internamento dos hospitais não ULS são superiores aos custos dos hospitais ULS⁴.

⁴ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

Custo estimado por episódio de internamento no ano 2007							
	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Quartis		
					1º	2º	3º
Não ULS	786.138	2.948,29€	248,30€	4.627,75€	1.145,04€	1.908,73€	3.123,80€
ULS	17.752	2.617,90€	286,37€	3.328,15€	1.152,41€	1.880,89€	2.985,91€
Diferença de médias		330,40€					

Quadro 7: Caracterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2007.

No ano 2008 os hospitais não ULS mantém custos médios estimados por episódios de internamento mais elevados, apresentando um custo médio estimado de aproximadamente 2.860,27€ e os hospitais ULS de 2.367,64€ (Quadro 8).

Analisando os quartis, verifica-se que a moda e a mediana são muito inferiores à média, existindo uma amplitude interquartil de 1.874,67€ nos hospitais não integrados em ULS, e de 2.090,55€ nos hospitais pertencentes às ULS, o que confirma uma grande dispersão dos dados (Quadro 8).

Com uma diferença de médias no que respeita aos custos de 492,63€ é correto afirmar que, os custos médios estimados por episódio de internamento dos hospitais não ULS são superiores aos custos dos hospitais ULS⁵ (Quadro 8).

⁵ Valor de Sig. $\alpha < 0,05$.

Custo estimado por episódio de internamento no ano 2008

	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Quartis		
					1°	2°	3°
Não ULS	771.689	2.860,27€	256,27€	4.436,95€	1.165,44€	1.844,48€	3.040,11€
ULS	40.237	2.367,64€	308,83€	3.147,69€	645,55€	1.609,05€	2.736,07€
Diferença de médias		492,63€					

Quadro 8: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2008.

Em 2009 a tendência mantém-se e os hospitais sem modelo de integração vertical de cuidados apresentam um custo estimado por episódio de internamento mais elevado, sendo a diferença de médias de custos de aproximadamente 232,30€ (Quadro 9). A aplicação do teste *t* permite afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas⁶ sendo os custos superiores nos hospitais sem integração vertical de cuidados.

Custo estimado por episódio de internamento no ano 2009

	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Quartis		
					1°	2°	3°
Não ULS	532.486	2.952,73€	272,72€	4.654,68€	1.184,85€	1.891,02€	3143,15€
ULS	59.722	2.720,42€	237,16€	2.917,65€	1.171,41€	1.892,13€	3198,66€
Diferença de médias		232,30€					

Quadro 9: Caraterização dos custos estimados por episódio de internamento no ano 2009.

⁶ Valor de Sig. $\alpha < 0,05$.

5.3. Análise do Impacto de Variáveis Demográficas nos Custos

5.3.1. Distribuição dos Episódios de Internamento por Género

Com vista a uma análise comparativa mais detalhada, no que respeita aos custos estimados de internamento hospitalar nos modelos de gestão em estudo, incluíram-se variáveis demográficas de forma a analisar o seu impacto nos respetivos custos.

No ano 2004 a representatividade dos hospitais ULS é de 2,4% (Quadro 2) como verificado anteriormente. Deste modo, no que respeita à distribuição por género é de mencionar que em ambos os modelos de gestão, o sexo feminino é responsável por 55,9% do total dos episódios de internamento (Gráfico 1).

Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2004

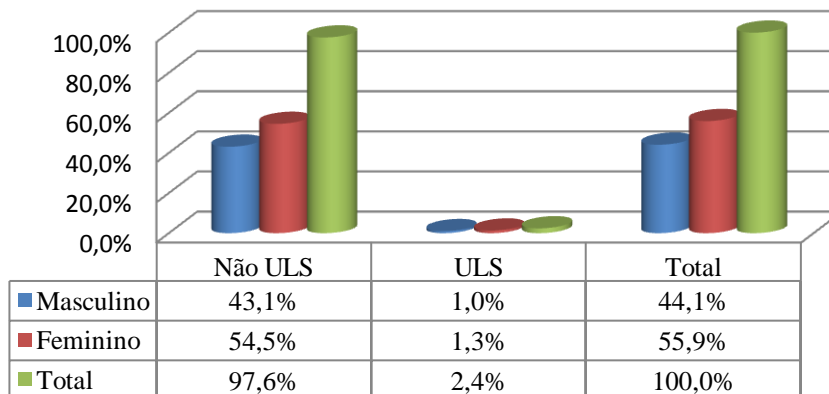


Gráfico 1: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2004.

Em 2006 o sexo feminino continua a apresentar maior percentagem de episódios de internamento, independentemente do modelo de gestão. Sendo responsável por 55,8% do total dos episódios de internamento (Gráfico 2).

Distribuição dos episódios de internamento por género ano 2006

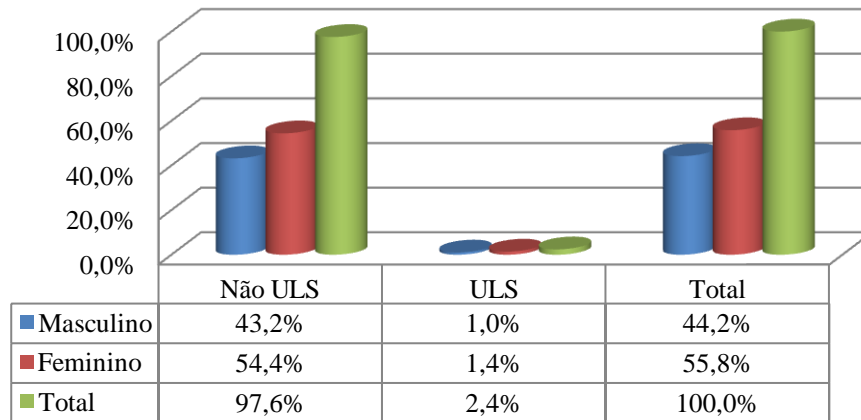


Gráfico 2: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2006.

A tendência mantém-se em 2007 e o sexo feminino é o que apresenta maior percentagem de episódios de internamento nos dois modelos de gestão em análise, com 55,4% do total de episódios de internamento (Gráfico 3).

Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2007

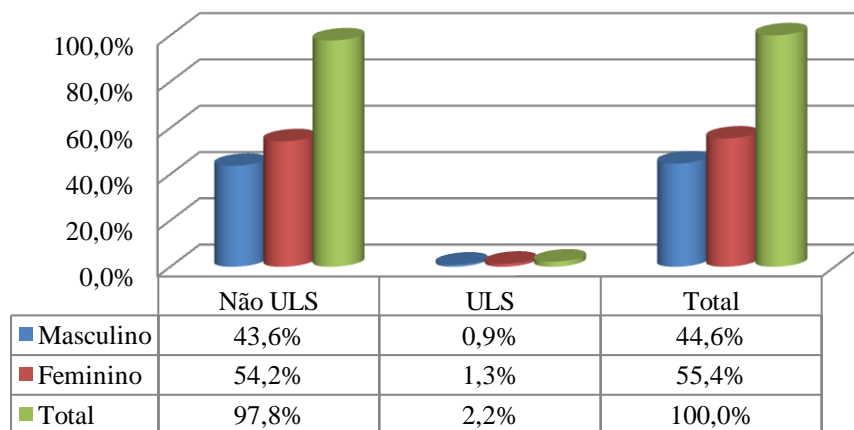


Gráfico 3: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2007.

No ano de 2008 e 2009 o sexo feminino continua a ser o que apresenta mais episódios de internamento quando comparado com o masculino, independentemente do modelo de gestão (Gráfico 4 e Gráfico 5).

Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2008

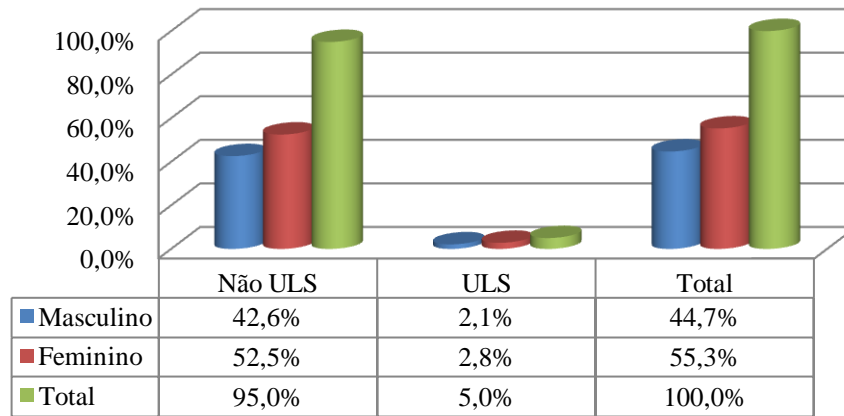


Gráfico 4: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2008.

Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2009

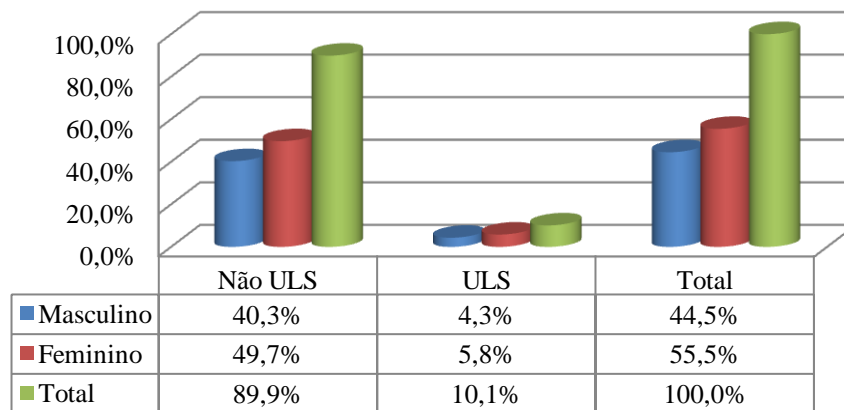


Gráfico 5: Distribuição dos episódios de internamento por género no ano 2009.

5.3.2. Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por Género

Relativamente ao custo médio estimado do episódio de internamento por género, no ano de 2004, é o sexo masculino que apresenta custos mais elevados nos dois modelos de gestão. Nos hospitais não ULS o custo médio por episódio de internamento do sexo masculino situa-se nos 3.236,46€. Nos hospitais ULS a média do custo estimado por episódio é de 2.378,67€ (Quadro 10).

Em ambos os géneros verifica-se que a moda e mediana são muito inferiores à média. A amplitude interquartil no sexo masculino é de 2.263,46€ nos hospitais não integrados em ULS, e de 1.870,47€ nos hospitais ULS, o que confirma uma elevada dispersão dos dados. No sexo feminino a amplitude interquartil dos hospitais não ULS é de 1.698,17€ e de 1.248,30€ nos hospitais ULS.

Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2004				
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	Não ULS		ULS	
Média	3.236,46€	2.588,50€	2.378,67€	1.998,87€
Moda	248,24€	876,60€	247,62€	247,62€
Desvio Padrão	5.089,37€	4.101,25€	2.853,48€	2.439,22€
Quartis				
1º	1.227,10€	1.035,95€	1.019,51€	907,22€
2º	2.004,47€	1.677,27€	1.646,77€	1.502,13€
3º	3.490,56€	2.734,12€	2.889,98€	2.155,52€

Quadro 10: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2004.

Após a utilização do teste de *levene* juntamente com o teste *t-student*, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas⁷ entre o custo médio estimado para o sexo masculino nos hospitais não ULS quando comparado com os hospitais ULS. Com uma igualdade de variâncias não assumida, e com um valor de *Sig.* de 0,000, pode concluir-se que a média do custo estimado por episódio de internamento no sexo masculino nos hospitais não ULS é superior à dos hospitais integrados.

⁷ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

No sexo feminino também existem diferenças estatisticamente significativas⁸ e, pode afirmar-se que a média do custo estimado por episódio de internamento no sexo feminino nos hospitais não ULS é superior à dos hospitais integrados.

No ano de 2006 o sexo masculino continua a apresentar custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados em ambos os modelos de gestão. Pela análise dos quartis continua a verificar-se uma grande dispersão dos dados, sendo que a média do custo estimado se situa nos 3.294,88€ nos hospitais sem integração vertical de cuidados. Nos hospitais ULS os custos médios estimados são mais baixos, localizando-se nos 3.043,90€ por episódio de internamento (Quadro 11).

Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2006				
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	Não ULS		ULS	
Média	3.294,88€	2.619,23€	3.043,90€	2.564,14€
Moda	263,85€	931,74€	317,51€	317,51€
Desvio Padrão	4.962,26€	3.821,995€	3.821,99€	3.064,67€
Quartis				
1º	1.307,06€	1.112,32€	1.307,25€	1.155,60€
2º	2.119,68€	1.767,98€	2.111,54€	1.926,09€
3º	3.599,68€	2.799,47€	3.627,53€	2.747,42€

Quadro 11: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2006.

Da análise estatística efetuada, através da utilização do teste *t*, é correto afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas⁸ entre o custo médio estimado para o sexo masculino nos hospitais não ULS quando comparado com os hospitais ULS. Com uma igualdade de variâncias não assumida, e com um valor de *Sig.* de 0,000, pode

⁸ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

concluir-se que a média do custo estimado por episódio de internamento no sexo masculino nos hospitais não ULS é superior à dos hospitais integrados em ULS.

No sexo feminino a situação é diferente. Neste caso, com um valor de *Sig.* de 0,068, pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas⁹ entre os custos médios estimados para o sexo feminino nos dois modelos de gestão em estudo.

Em 2007 a tendência mantém-se com o sexo masculino a apresentar custos médios de internamento mais elevados, independentemente do modelo de gestão em análise. A elevada dispersão dos dados da amostra continua e, a moda e a mediana apresentam valores inferiores aos do custo médio (Quadro 12). Com um valor de *Sig.* de 0,000 para ambos os géneros, pode afirmar-se que existem diferenças estatisticamente significativas¹⁰ e que o custo é superior nos hospitais não ULS para ambos os géneros.

Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2007				
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	Não ULS		ULS	
Média	3.324,09€	2.645,53€	2.857,78€	2.437,02€
Moda	248,30€	876,83€	286,37€	286,37€
Desvio Padrão	5.193,86€	4.090,52€	3.711,96€	2.994,04€
Quartis				
1º	1.252,62€	1.093,27€	1.188,01€	1.128,33€
2º	2.082,60€	1.752,80€	1.945,44€	1.737,19€
3º	3.613,93€	2.788,94€	3.351,94€	2.595,03€

Quadro 12: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2007.

⁹ Valor de *Sig.* $\alpha > 0,05$.

¹⁰ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

No ano 2008 pode novamente afirmar-se que existem diferenças estatisticamente significativas¹¹ e o custo dos hospitais não ULS continua a ser mais elevado do que nos hospitais com o modelo de integração vertical de cuidados, independentemente do género. Porém, o sexo masculino é o que apresenta custos mais elevados com um custo médio estimado por episódio de internamento em hospitais não ULS de aproximadamente 3.200,41€ e de 2.508,87€ nos hospitais ULS. A amplitude interquartil situa-se nos 2.162,36€ e nos 2.197,70€ respetivamente (Quadro 13).

Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2008				
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	Não ULS		ULS	
Média	3.200,41€	2.584,33€	2.508,87€	2.262,20€
Moda	256,27€	904,96€	308,83€	308,83€
Desvio Padrão	5.011,19€	3.887,79€	3.055,59€	3.210,76€
Quartis				
1º	1.287,37€	1.102,48€	671,99€	638,17€
2º	2.013,76€	1.728,42€	1.709,87€	1.516,51€
3º	3.449,73€	2.722,00€	2.869,69€	2.626,41€

Quadro 13: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2008.

No último ano em estudo, o sexo masculino continua a apresentar um custo médio estimado por episódio de internamento mais elevado, independentemente do modelo de gestão (Quadro 14). Mantêm-se as diferenças estatisticamente significativas¹¹ quando comparados os custos de ambos os géneros nos modelos em análise. Com um valor de *Sig.* de 0,000 para ambos, verifica-se que os custos médios estimados por episódio de internamento do sexo masculino e feminino apresentam valores mais elevados nos hospitais não integrados.

¹¹ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2009				
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	Não ULS		ULS	
Média	3.315,69€	2.658,41€	2.964,05€	2.540,30€
Moda	272,72€	963,06€	237,16€	837,48€
Desvio Padrão	5.266,46€	4.068,33€	3.124,28€	2.741,09€
Quartis				
1º	1.311,65€	1.119,96€	1.302,46€	1.163,51€
2º	2.076,92€	1.757,61€	2.126,03€	1.728,18€
3º	3.544,19€	2.827,63€	3.509,21€	2.966,58€

Quadro 14: Custo médio estimado do episódio de internamento por género no ano 2009.

5.3.3. Distribuição dos Episódios de Internamento por Classe Etária

No ano 2004, no que respeita ao atributo idade, é a classe etária com pelo menos 65 anos que apresenta mais episódios de internamento, independentemente do modelo de gestão. Com um total de 269.820 episódios (33,4%), onde 32,6% correspondem aos hospitais não ULS e 0,7% correspondem aos hospitais ULS (Gráfico 6).

Total de episódios de internamento por classe etária no ano 2004

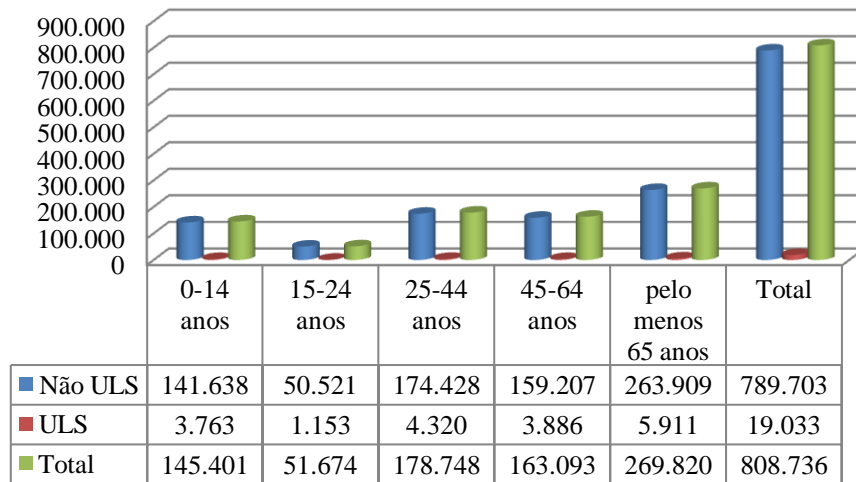


Gráfico 6: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2004.

Em 2006, a classe etária dos indivíduos com pelo menos 65 anos continua a apresentar mais episódios de internamento nos dois modelos de gestão em análise. Com um total de 269.820 episódios (34,8%), dos quais 263.909 correspondem a internamentos em hospitais não ULS (34%) (Gráfico 7).

Total de episódios de internamento por classe etária no ano 2006

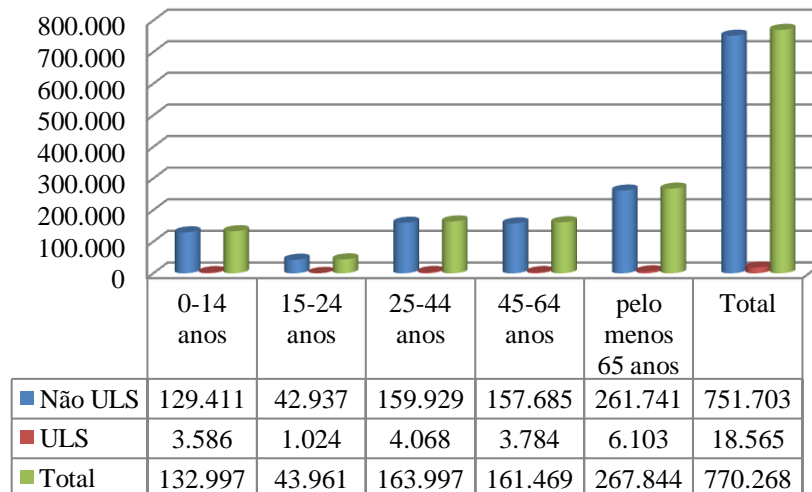


Gráfico 7: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2006.

No ano seguinte, a classe etária de indivíduos com pelo menos 65 anos continua a ser a que apresenta mais episódios de internamento quando comparada com as restantes, em ambos os modelos em análise, com um total de 285.159 episódios (35,5%) (Gráfico 8).

Total de episódios de internamento por classe etária no ano 2007

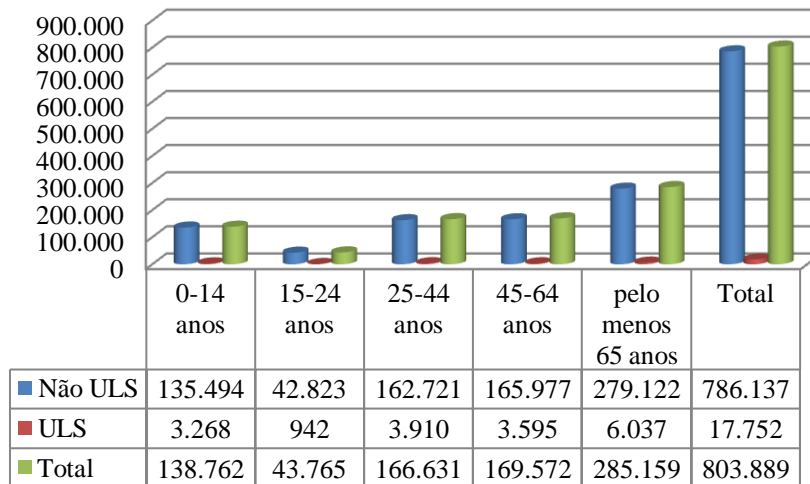


Gráfico 8: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2007.

Nos anos 2008 e 2009 a tendência mantém-se e, a maior prevalência de episódios de internamento concentra-se na classe etária com pelo menos 65 anos, em ambos os modelos de gestão (Gráfico 9 e Gráfico 10). O ano 2009 apresenta um total de 212.877 episódios (35,9%), dos quais 188.639 (31,9%) correspondem a episódios de internamento em hospitais não ULS e 24.238 (4,1%) a episódios de hospitais ULS (Gráfico 10).

Total de episódios de internamento por classe etária no ano 2008

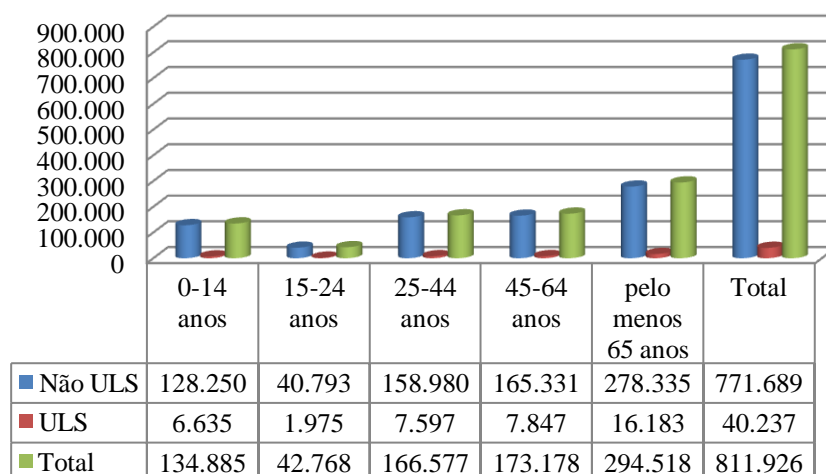


Gráfico 9: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2008.

Total de episódios de internamento por classe etária no ano 2009

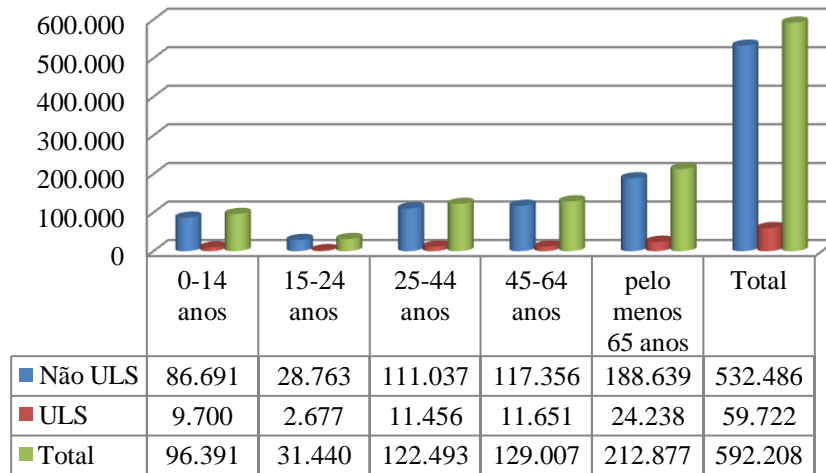


Gráfico 10: Distribuição dos episódios de internamento por classe etária no ano 2009.

5.3.4. Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por Classe Etária

Da análise do custo médio estimado do episódio de internamento por classe etária, no ano 2004, são também os indivíduos com pelo menos 65 anos que apresentam custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados, independentemente do modelo de gestão em análise. Esta classe etária apresenta um custo médio estimado por episódio de internamento nos hospitais não ULS de 3.670,43€, e de 2.871,04€ nos hospitais ULS (Gráfico 11).

Da análise estatística efetuada verifica-se que em todas as classes etárias existem diferenças estatisticamente significativas¹². Assim, com uma igualdade de variâncias não assumida, e com um valor de *Sig.* de 0,000, pode afirmar-se que a média do custo estimado por episódio de internamento nas classes etárias em estudo é superior nos hospitais não ULS.

¹² Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

Custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2004

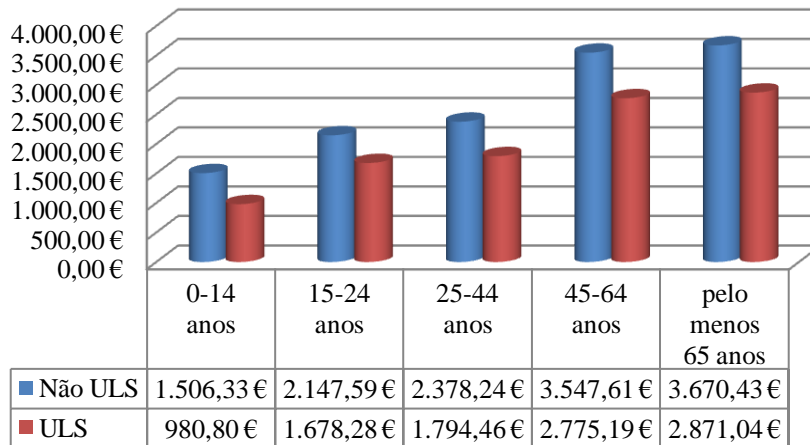


Gráfico 11: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2004.

No ano 2006, a classe etária dos indivíduos com pelo menos 65 anos mantém custos médios estimados de internamento mais elevados quando comparada com as restantes, independentemente de os hospitais possuírem modelos de gestão de integração vertical de cuidados. O custo médio estimado por episódio de internamento nos hospitais não ULS é de 3.703,42€ e de 3.655,81€ nos hospitais ULS (Gráfico 12).

Custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2006

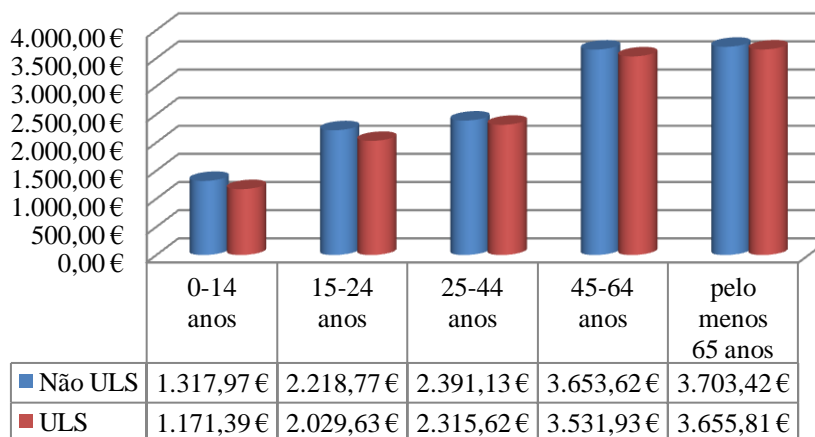


Gráfico 12: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2006.

Porém, a diferença de custos não é tão evidente quando se comparam os dois modelos de gestão. Da análise estatística efetuada apenas nas classes etárias dos 15 aos 24 anos, e dos 45 aos 64 anos é que se pode afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas¹³, sendo o custo médio estimado por episódio de internamento superior nos hospitais não ULS quando comparado com hospitais ULS.

O ano 2007 apresenta uma tendência ligeiramente diferente. Nas ULS, a classe etária que apresenta maiores custos é a dos indivíduos com pelo menos 65 anos, com um custo médio estimado por episódio de internamento de aproximadamente 3.394,26€. No entanto, nos hospitais não ULS é a classe etária entre os 45 e 64 anos que apresenta custos médios estimados de internamento superiores, apesar de a diferença não ser muito acentuada quando comparada com a classe seguinte (Gráfico 13).

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas¹³ em todas as classes etárias quando comparados os custos médios estimados de internamento nos dois modelos de gestão. Os hospitais não integrados apresentam custos superiores.

Custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2007

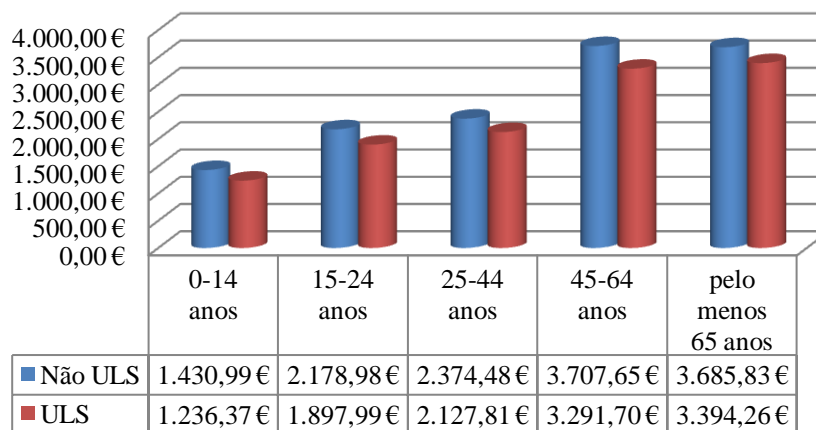


Gráfico 13: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2007.

Em 2008 e 2009, a classe etária dos 45 aos 64 anos continua a ser a que apresenta custos médios estimados de episódio de internamento mais elevados nos hospitais não ULS.

¹³ Valor de Sig. $\alpha < 0,05$.

Os indivíduos com pelo menos 65 anos mantêm custos mais elevados nos hospitais integrados. (Gráfico 14 e Gráfico 15).

Custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2008

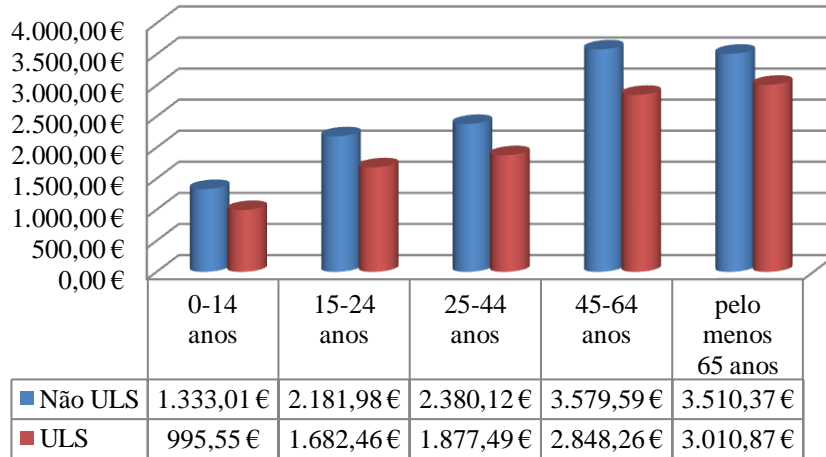


Gráfico 14: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2008.

Custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2009

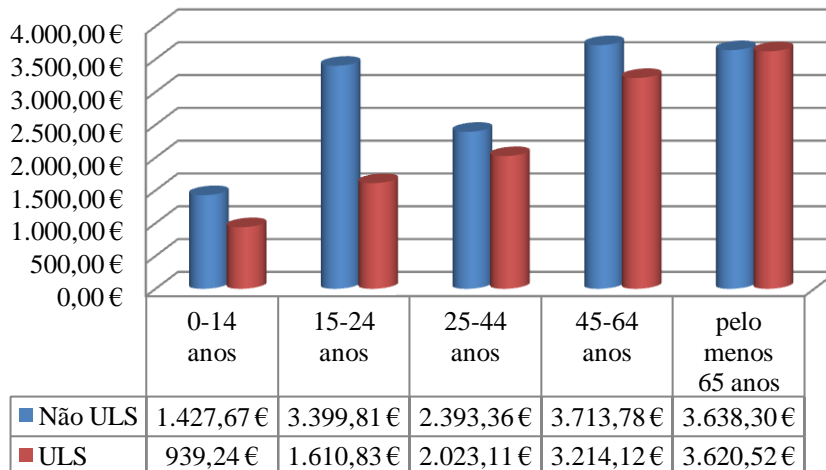


Gráfico 15: Distribuição do custo médio estimado do episódio por classe etária no ano 2009.

A análise estatística realizada permite afirmar que, no ano 2008 existem diferenças estatisticamente significativas¹⁴ quando se comparam os custos médios estimados de internamento das diversas classes etárias, nos dois modelos de gestão em análise. Com um valor de *Sig.* de 0,000 é correto concluir que os custos médios estimados de todas as classes etárias nos hospitais não ULS são superiores relativamente aos hospitais ULS.

No ano 2009 as conclusões não são tão lineares, uma vez que na classe etária de pelo menos 65 anos não existem diferenças estatisticamente significativas¹⁵. Nesta classe, o custo médio estimado não é significativamente diferente nos hospitais não ULS quando comparado com custo dos hospitais ULS. Todavia, nas restantes classes etárias analisadas conclui-se que os custos médios estimados dos hospitais integrados são inferiores aos dos hospitais não ULS, existindo deste modo diferenças estatisticamente significativas¹⁴.

5.2. Análise do Impacto de Variáveis de Produção

5.2.1. Distribuição dos Episódios de Internamento por Tipo de GDH

Para comparar de forma mais detalhada os custos médios estimados de internamento hospitalar nos dois modelos de gestão em estudo, incluíram-se variáveis de produção com o objetivo de analisar o seu impacto nos respetivos custos.

No ano de 2004, quando se analisa o total de internamentos por modelo de gestão, no que respeita à sua caracterização por GDH, verifica-se que os casos médicos são os mais prevalentes nos episódios de internamento em ambos os modelos de gestão, com um total de 63,7% de episódios (Gráfico 16).

¹⁴ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

¹⁵ Valor de *Sig.* $\alpha > 0,05$.

Distribuição dos episódios de internamento por tipo de GDH em 2004

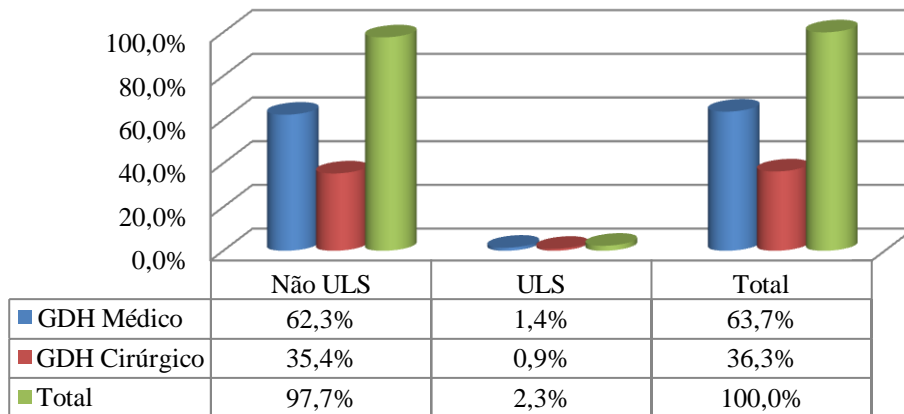


Gráfico 16: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2004.

Em 2006, os GDH médicos continuam a apresentar mais episódios de internamento quando comparados com os GDH cirúrgicos. No total são responsáveis por 63,2% dos episódios: 61,7% no que se refere a internamentos em hospitais não ULS e 1,5% em hospitais ULS. O modelo ULS apresenta uma representatividade de 2,4% (Gráfico 17).

Distribuição dos episódios de internamento por tipo de GDH em 2006

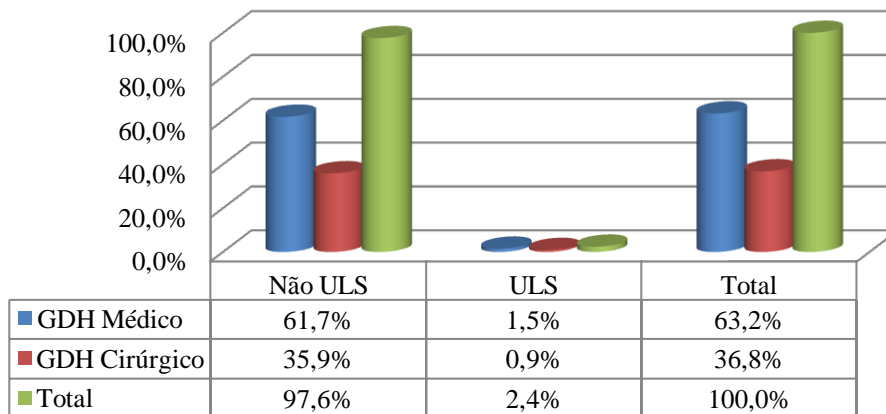


Gráfico 17: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2006.

A tendência em 2007 mantém-se e, os GDH médicos continuam a ser responsáveis pela grande parte dos episódios de internamento com um total de 62,7% nos dois modelos de gestão: 61,4% nos hospitais não ULS e 1,3% nos hospitais ULS (Gráfico 18).

Distribuição dos episódios de internamento por tipo de GDH em 2007

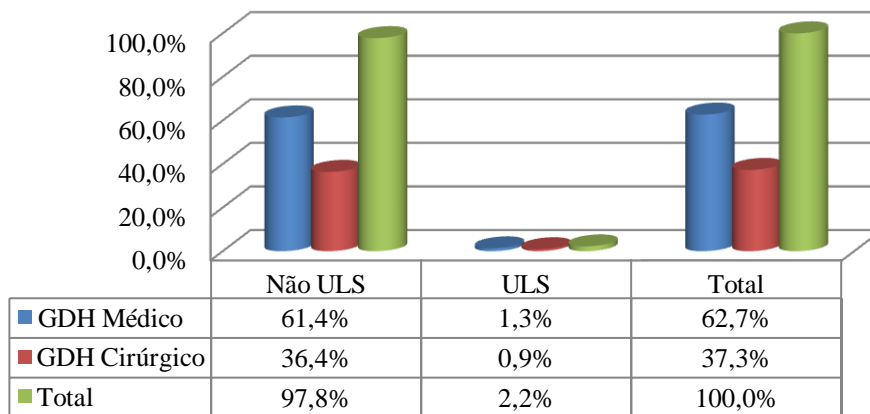


Gráfico 18: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2007.

Nos anos de 2008 e 2009 continuam a ser os GDH médicos, independentemente do modelo de gestão, a apresentar maior prevalência de episódios de internamento sendo responsáveis por um total de aproximadamente 63% dos episódios (Gráfico 19 e Gráfico 20).

Distribuição dos episódios de internamento por tipo de GDH em 2008

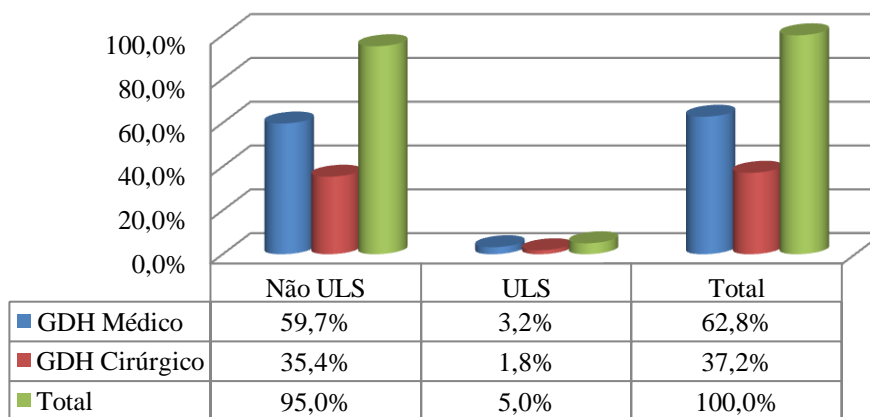


Gráfico 19: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2008.

Distribuição dos episódios de internamento por tipo de GDH em 2009

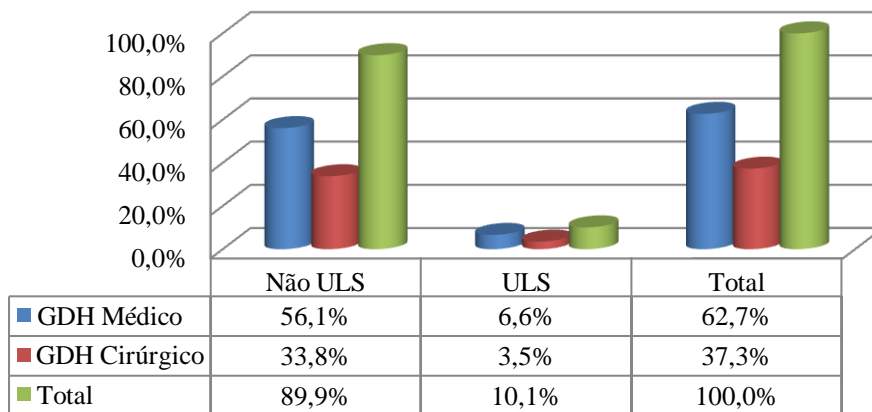


Gráfico 20: Distribuição do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2009.

5.2.2. Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por Tipo de GDH

No que concerne ao custo médio estimado por episódio de internamento, no ano 2004 são os GDH cirúrgicos que apresentam custos médios mais elevados independentemente do modelo de gestão (Quadro 15).

A aplicação do teste de *levene* bem como do teste *t-student* permite afirmar, com um valor de *Sig.* de 0,000, que existem diferenças estatisticamente significativas¹⁶ entre o custo médio estimado dos GDH médicos e cirúrgicos nos hospitais não ULS quando comparados com os hospitais ULS. A média do custo estimado por episódio de internamento, em ambos os tipos de GDH, é superior nos hospitais não ULS relativamente aos hospitais ULS.

¹⁶ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2004				
	GDH Médico	GDH Cirúrgico	GDH Médico	GDH Cirúrgico
	Não ULS		ULS	
Média	2.147,75€	4.159,05€	1.668,51€	2.895,25€
Diferença de médias	479,24€	1.263,80€	479,24€	1.263,80€
Moda	248,24€	1293,37€	247,62€	1643,00€
Desvio Padrão	3.290,84€	6.016,03€	2.412,38€	2.768,19€
Quartis				
1°	850,54€	1.599,99€	758,15€	1.575,89€
2°	1.519,46€	2.325,36€	1.307,00€	1.836,36€
3°	2.570,63€	4.596,64€	1.962,61€	3.483,81€

Quadro 15: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2004.

Em 2006, em ambos os modelos de gestão em estudo, são os GDH cirúrgicos que evidenciam custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados. No caso das ULS, os GDH cirúrgicos apresentam um custo médio de 2.895,25€ e os GDH médicos de 1.668,51€ (Quadro 16). Porém, a amplitude da diferença de custos quando comparados os dois modelos de gestão é menor relativamente ao ano 2004.

Os valores da amostra mantêm-se bastante dispersos, sendo a moda e a mediana muito inferiores ao custo médio (Quadro 16).

Contudo, existem diferenças estatisticamente significativas¹⁷ no que respeita aos custos dos dois tipos de GDH quando comparados os modelos de gestão em análise. Os custos dos hospitais não ULS são superiores aos custos dos hospitais com integração vertical de cuidados.

¹⁷ Valor de Sig. $\alpha < 0,05$.

Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2006				
	GDH Médico	GDH Cirúrgico	GDH Médico	GDH Cirúrgico
	Não ULS		ULS	
Média	2.188,01€	4.173,55€	2.110,17€	3.791,42€
Diferença de médias	77,83€	382,13€	77,83€	382,13€
Moda	263,85€	1374,72€	317,51€	2106,71€
Desvio Padrão	3.168,21€	5.684,31€	2.810,90€	3.797,02€
Quartis				
1°	900,06€	1.717,47€	977,24€	2.020,66€
2°	1.600,62€	2.358,15€	1.675,88€	2.354,64€
3°	2.616,74€	4.703,19€	2.431,89€	4.467,06€

Quadro 16: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2006.

No ano 2007 os GDH cirúrgicos continuam a apresentar custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados face aos GDH médicos, independentemente do modelo de gestão em análise (Quadro 17).

Quando comparados os custos em cada modelo de gestão verifica-se que, tanto nos GDH médicos como nos GDH cirúrgicos, os hospitais integrados apresentam custos mais baixos. A diferença de médias situa-se nos 113,13€ no que respeita aos custos médios estimados dos GDH médicos e de 805,25€ para os GDH cirúrgicos (Quadro 17). A análise estatística efetuada permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas¹⁸ quando comparados os custos médios estimados de internamento por tipo de GDH nos modelos organizacionais em análise. Com um valor de *Sig.* de 0,000 pode afirmar-se que os respetivos custos são mais elevados nos hospitais não ULS.

¹⁸ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2007				
	GDH Médico	GDH Cirúrgico	GDH Médico	GDH Cirúrgico
	Não ULS		ULS	
Média	2.152,47€	4.292,44€	2.039,35€	3.487,20€
Diferença de médias	113,13€	805,25€	113,13€	805,25€
Moda	248,30€	1293,70€	286,37€	1492,06€
Desvio Padrão	3.195,31€	6.119,53€	3.185,08€	3.349,58 €
Quartis				
1º	867,83€	1.669,46€	907,53€	1.822,49€
2º	1.565,29€	2.397,87€	1.585,55€	2.123,72€
3º	2.547,98€	4.867,567€	2.309,17€	4.124,74€

Quadro 17: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2007.

Em 2008 e 2009 os GDH cirúrgicos mantêm custos médios estimados de internamento hospitalar superiores nos dois modelos de gestão em análise (Quadro 18 e Quadro 19).

No ano 2008, com uma diferença de médias nos GDH médicos de 353,52€ e de 686,74€ nos GDH cirúrgicos (Quadro 18), pode afirmar-se que existem diferenças estatisticamente significativas¹⁹ nos custos dos hospitais não ULS relativamente aos hospitais ULS. Podendo mesmo concluir-se que os custos dos hospitais não integrados são superiores.

¹⁹ Valor de Sig. $\alpha < 0,05$.

Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2008				
	GDH Médico	GDH Cirúrgico	GDH Médico	GDH Cirúrgico
	Não ULS		ULS	
Média	2.140,57€	4.076,64€	1.787,04€	3.389,89€
Diferença de médias	353,52€	686,74€	353,52€	686,74€
Moda	256,27€	1.335,20€	308,83€	1.609,05€
Desvio Padrão	3.038,87€	5.914,08€	2.414,40€	3.929,98€
Quartis				
1°	896,29€	1.628,93€	531,91€	1.371,77€
2°	1.582,15€	2.262,53€	1.131,44€	2.255,44€
3°	2.513,81€	4.559,17€	2.203,50€	4.146,79€

Quadro 18: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2008.

No ano 2009 a diferença de médias no que respeita aos custos por tipo de GDH é mais acentuada nos GDH cirúrgicos (Quadro 19), sendo apenas nesta tipologia que se verificam diferenças estatisticamente significativas²⁰ entre o custo médio estimado de internamento nos dois modelos de gestão em análise.

²⁰ Valor de Sig. $\alpha < 0,05$.

Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2009				
	GDH Médico	GDH Cirúrgico	GDH Médico	GDH Cirúrgico
	Não ULS		ULS	
Média	2.148,99€	4286,37€	2.125,32€	3849,93€
Diferença de médias	23,67€	436,44€	23,67€	436,44€
Moda	272,72€	1.420,92€	237,16€	1.235,64€
Desvio Padrão	3.148,02€	6.190,40€	2.283,45€	3.580,97€
Quartis				
1°	907,04€	1.692,54€	868,87€	1.728,18€
2°	1.587,49€	2.410,09€	1.659,25€	2.462,25€
3°	2.514,24€	4.762,28€	2.709,49€	4.711,32€

Quadro 19: Custo médio estimado do episódio de internamento por tipo de GDH no ano 2009.

5.2.3. Custo Médio Estimado do Episódio de Internamento por GDH

Numa análise mais detalhada pode verificar-se que, no ano 2004, todos os GDH selecionados tendo por base os programas prioritários da DGS, apresentam custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados nos hospitais não ULS. O GDH 122²¹ é o que apresenta maior amplitude de custos quando comparados os dois modelos de gestão, com uma diferença de 582,94€ (Gráfico 21).

²¹ Perturbações circulatorias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações *major*, alta vivo.

Custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2004

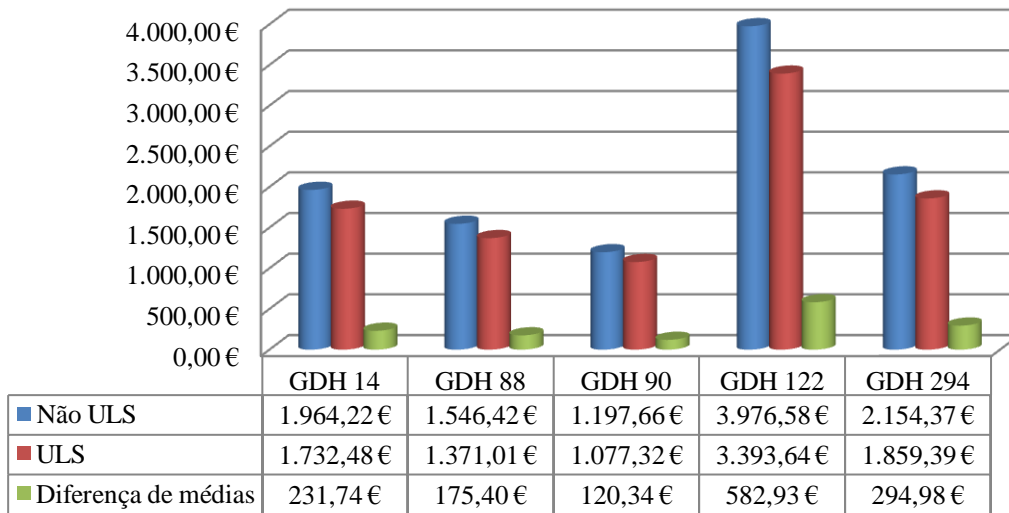


Gráfico 21: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2004.

É correto afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas²² entre o custo médio estimado de internamento de todos os GDH analisados nos hospitais não ULS quando comparados com os hospitais ULS. Com uma igualdade de variâncias não assumida, e com um valor de *Sig.* de 0,000, pode afirmar-se que o custo médio estimado por episódio de internamento em cada GDH analisado é superior nos hospitais não ULS.

Em 2006, o GDH 122²³ continua a apresentar custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados em ambos os modelos de gestão e, o GDH 90²⁴ é o que apresenta custos mais baixos (Gráfico 22).

Neste contexto, pode afirmar-se que existem diferenças estatisticamente significativas²² entre todos os custos médios estimados dos GDH quando comparados os hospitais não ULS com os hospitais ULS. Todos os GDH em estudo apresentam custos inferiores nos hospitais sem integração vertical de cuidados (Gráfico 22).

²² Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

²³ Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações *major*, alta vivo.

²⁴ Pneumonia e pleurisia simples, idade superior a 17 anos, sem complicações.

Custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2006

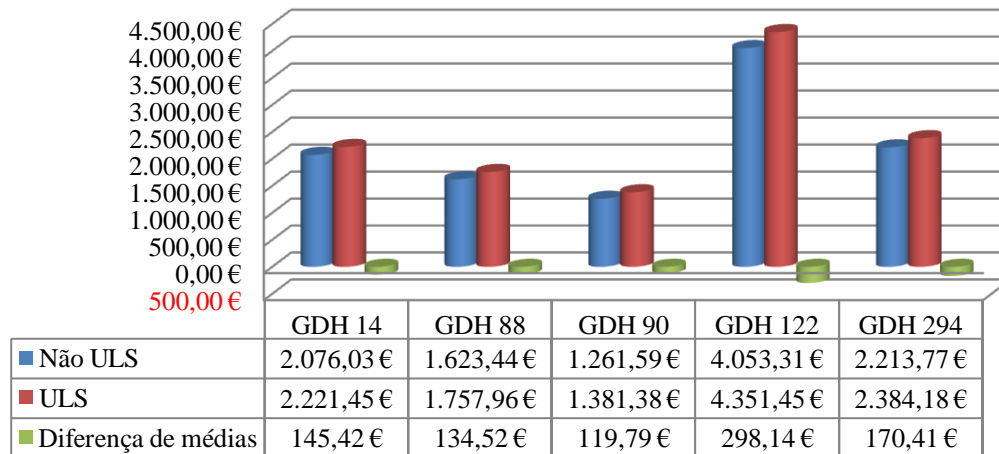


Gráfico 22: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2006.

No ano 2007 verifica-se que o GDH 122²⁵ e posteriormente o GDH 294²⁶, são os que apresentam custos médios estimados de internamento mais elevados. Neste ano, as diferenças de médias quando comparados os custos dos GDH em ambos os modelos de gestão não são muito significativas (Gráfico 23). Contudo, da análise estatística realizada, com uma variância não assumida e com um valor de *Sig.* de 0,000, conclui-se que os custos dos hospitais não integrados são menores que os dos hospitais ULS²⁷.

Em 2008 a tendência mantêm-se e o GDH que apresenta custos superiores, em ambos os modelos de gestão, é o GDH 122²⁵ (Gráfico 24). O GDH 294²⁶ é o que apresenta maior amplitude de custos quando analisados os hospitais integrados e não integrados, com uma diferença de médias de 301,31€ (Gráfico 24).

Apenas os GDH 88²⁸, GDH 90²⁹ e GDH 294²⁶ apresentam diferenças estatisticamente significativas²⁷. Todavia, somente nos GDH 88²⁸ e GDH 294²⁶ é que os hospitais não

²⁵ Perturbações circulatorias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações *major*, alta vivo.

²⁶ Diabetes, idade superior a 35 anos.

²⁷ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

²⁸ Doença pulmonar obstrutiva crónica.

²⁹ Pneumonia e pleurisia simples, idade superior a 17 anos, sem complicações.

ULS apresentam custos médios estimados de internamento superiores relativamente aos hospitais ULS.

Custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2007

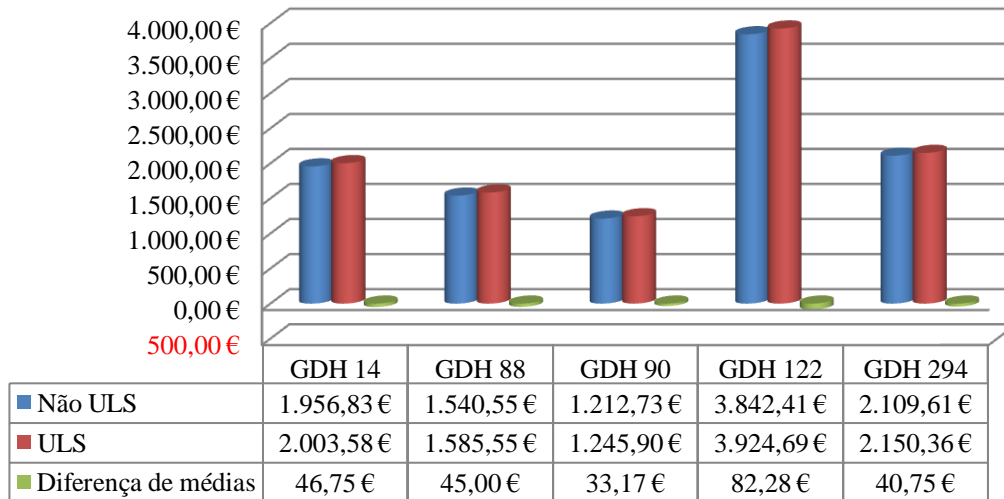


Gráfico 23: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2007.

Custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2008

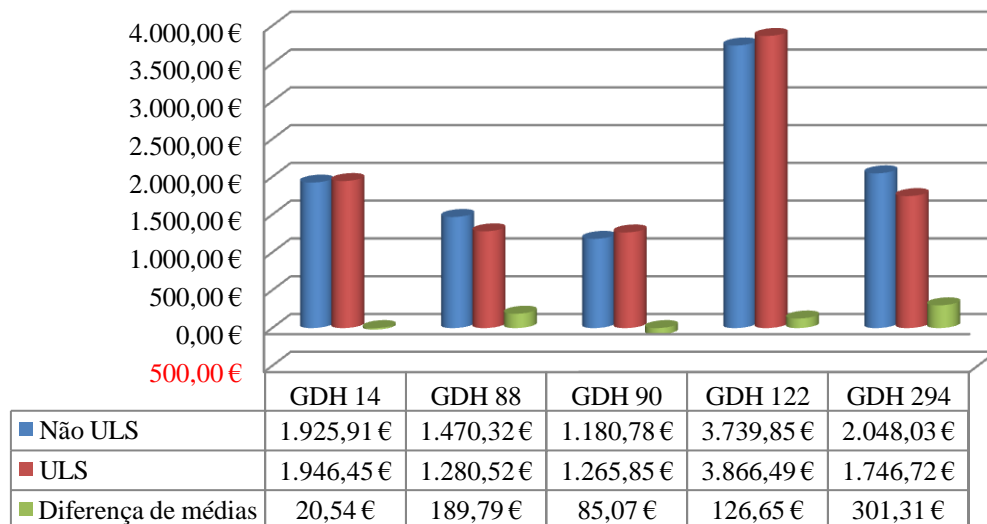


Gráfico 24: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2008.

No último ano em análise, o GDH 122³⁰ continua a ser o que apresenta custos médios estimados de internamento mais elevados, mantendo a maior amplitude de custos quando comparados os hospitais integrados com hospitais não ULS, com uma diferença de médias de 653,68€ (Gráfico 25). Todos os GDH em análise apresentam custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados nos hospitais ULS. Assim, na análise estatística efetuada verificam-se diferenças estatisticamente significativas³¹, sendo que os hospitais não integrados apresentam custos médios estimados de internamento inferiores relativamente aos hospitais ULS.

Custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2009

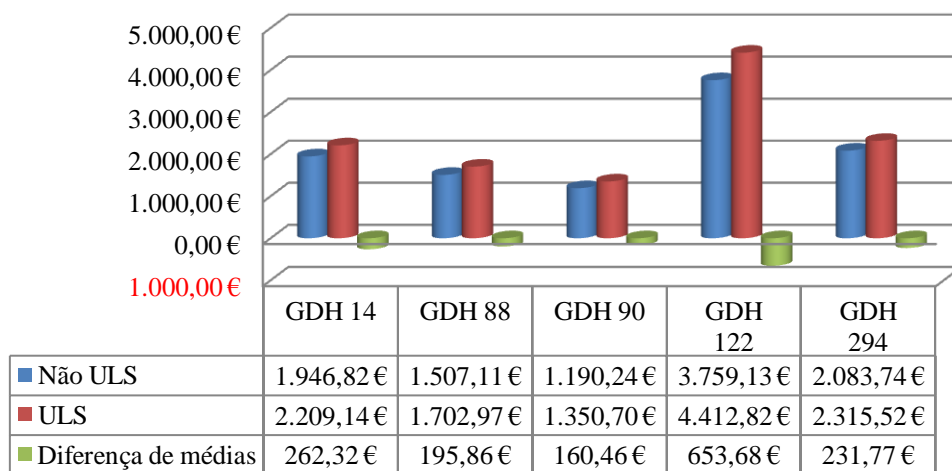


Gráfico 25: Distribuição do custo médio estimado do episódio de internamento por GDH no ano 2009.

5.3. Evolução do Custo Médio Estimado por Episódio de Internamento

Da análise global, com o objetivo de resumir a evolução do custo médio estimado por episódio de internamento ao longo do anos em análise, é de referir que o universo ULS têm um peso muito menor em termos de percentagem de comparação. Pode verificar-se através do Gráfico 26 que os hospitais integrados apresentam sempre um custo médio

³⁰ Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações *major*, alta vivo.

³¹ Valor de *Sig.* $\alpha < 0,05$.

estimado por episódio de internamento menor quando comparados com os restantes hospitais que não possuem um modelo de gestão de integração vertical de cuidados.

Contudo, da leitura da linha das diferenças das médias no que respeita aos custos, deve salientar-se que essas diferenças não apresentam uma tendência definida (Gráfico 26).

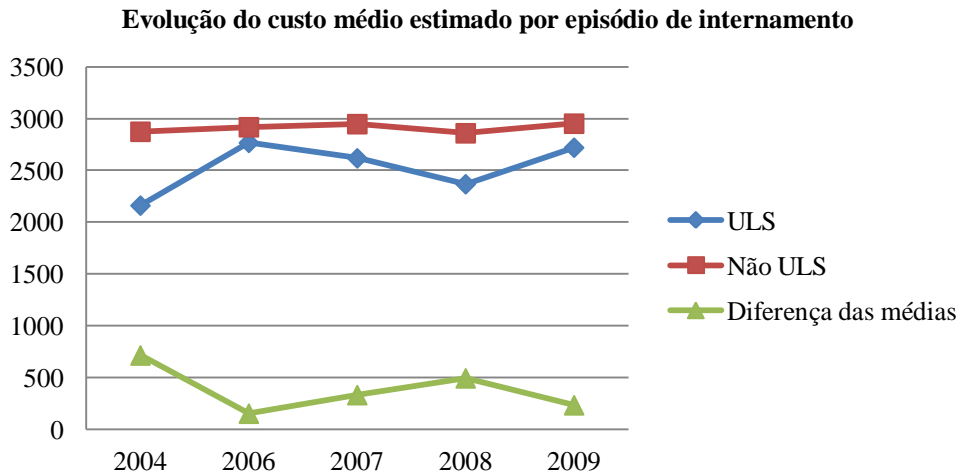


Gráfico 26: Evolução do custo médio estimado de internamento nos hospitais ULS e não ULS.

Para se aumentar a representatividade da amostra das ULS limitou-se a pesquisa às regiões das ARS que possuem hospitais com os dois modelos de gestão em estudo. Ao comparar apenas os hospitais nessas regiões verificou-se que, somente no ano de 2009 é que o custo médio estimado por episódio de internamento dos hospitais não integrados é ligeiramente inferior ao custos das Unidades Locais de Saúde (Gráfico 27).

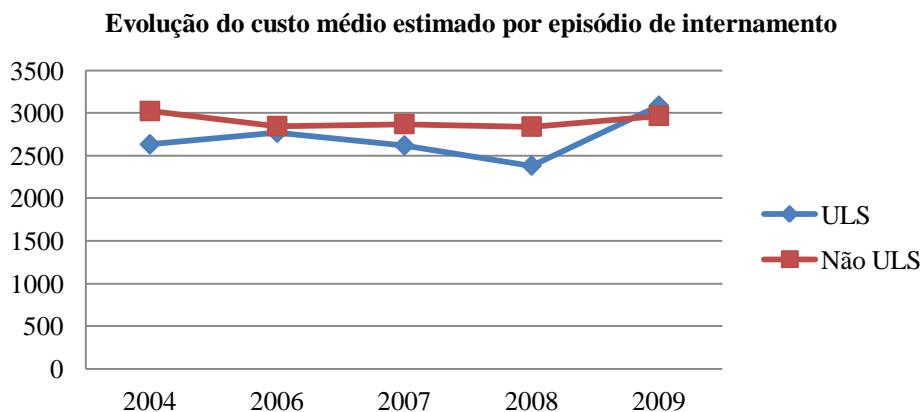


Gráfico 27: Evolução do custo médio estimado de internamento nos hospitais ULS e não ULS, da análise por ARS.

6. Discussão

6.1. Discussão Metodológica

O presente trabalho tem como principal objetivo analisar o impacto da criação das Unidades Locais de Saúde nos custos do internamento hospitalar. Para tal foi necessário aplicar uma metodologia que permitisse estimar os custos por doente saído.

De acordo com as metodologias de custeio abordadas na revisão da literatura, e tendo por base as fontes de dados disponíveis, a técnica de apuramento de custos estimados com base na contabilidade analítica, já utilizada por Costa *et al.* (2008b), parece a mais adequada para ir de encontro ao objetivo principal definido. Contudo, esta técnica não foi aplicada na totalidade da sua teoria, uma vez que não foram calculados os custos por diária de internamento por centro de produção, mas apenas estimado o custo médio de internamento por doente saído em determinado hospital.

É necessário considerar que a utilização de uma fonte secundária de dados, como é o caso da informação contida na base de dados dos resumos de alta dos hospitais públicos nacionais, apesar de ser uma fonte credível, pode ser uma fonte de viés uma vez que continha informação incompleta e dados incorretos que tiveram de ser excluídos da amostra.

Para efeitos de tratamento de dados não foram considerados os episódios de internamento com duração inferior a 24 horas e, a realização de cortes anuais tornou necessária a exclusão de todos os episódios com uma demora média superior a 365 dias. Tais factos não permitiram analisar os custos reais de internamento para os anos em estudo.

A inclusão na amostra dos períodos posteriores a 2009 não foi possível pela indisponibilidade de informação de custos de internamento hospitalar em instituições com os dois modelos de gestão em análise. Assim, nos anos em que a representatividade das ULS era considerável não foi possível analisar o seu impacto por falta de divulgação de informação de custos. No ano 2004 a representatividade das ULS face aos hospitais não integrados verticalmente situava-se nos 2,4% e no último ano em estudo nos 10,1%.

A escolha dos GDH, de acordo com os programas de saúde prioritários da Direção-Geral da Saúde, para efeitos de comparação dos dois modelos organizacionais, pode ser limitativa e não garantir a especificidade e sensibilidade necessárias para o estudo em causa.

Considerar o total de doentes saídos por instituição, para efeitos de análise comparativa dos custos médios estimados de internamento hospitalar entre ULS e hospitais não ULS, pode ser redutor e até mesmo uma fonte de viés. Sabe-se que as Unidades Locais de Saúde prestam cuidados à população não residente e que doentes das áreas de influência destas estão a ser tratados em hospitais externos às ULS (Portugal, Ministério da Saúde, ACSS. 2010).

O Gráfico 28 mostra-nos que as ULS apresentam um total de fluxo de doentes de fora³² inferior ao fluxo para fora³³. Tal significa que os doentes das áreas das ULS estão a ser tratados sobretudo em hospitais externos.

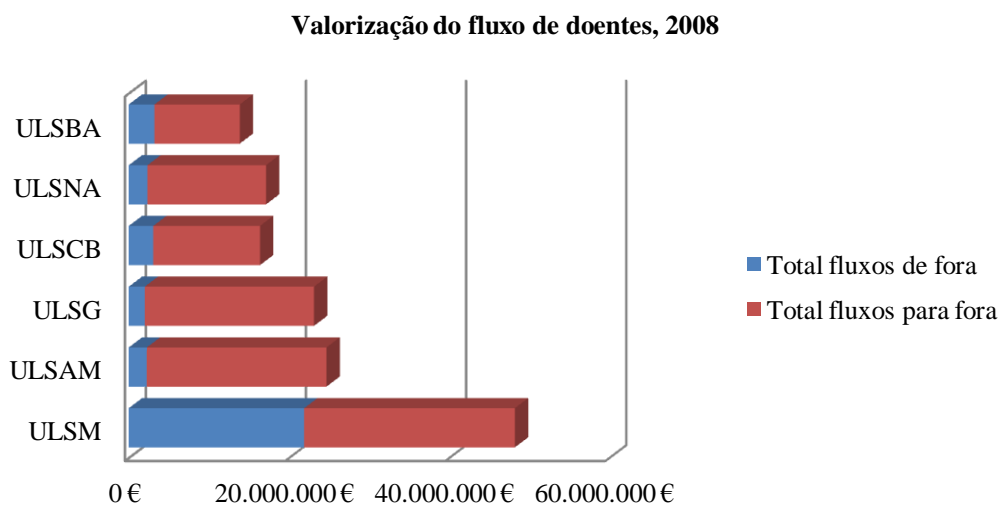


Gráfico 28: Valorização do fluxo de doentes em 2008, de acordo com a Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro.

(Fonte: Adaptado de Portugal. Ministério da Saúde. ACSS, 2010)

³² Valorizado em termos de financiamento a 85% de acordo com a Portaria nº 110-A/2007.

³³ Valorizado em termos de financiamento a 100% de acordo com a Portaria nº 110-A/2007.

6.2. Discussão dos Resultados

Pela primeira vez em Portugal foi proposto analisar o impacto da criação das ULS nos custos de internamento hospitalar português. Os resultados refletem apenas a realidade das instituições analisadas nos anos em estudo, não podendo ser extrapolados para outras organizações, nem assumir que os custos estimados por doente saído do internamento nos dois modelos organizacionais refletem períodos não contemplados.

A análise comparativa dos custos estimados por episódio de internamento mostrou que, os hospitais integrados em Unidades Locais de Saúde apresentam custos estimados inferiores quando comparados com os hospitais não integrados. Todavia, quando estudada a diferença das diferenças no que respeita aos custos verifica-se que não existe uma tendência definida, chegando mesmo no último ano em análise a existir uma diferença bastante ténue. As conclusões dos estudos de Konetzka *et al.* (2008) e Shen *et al.* (2010) são semelhantes, salientando por um lado o impacto positivo em termos de custos, mas referindo que a longo prazo a variação torna-se menor e que a grande vantagem está na contenção da despesa e nem tanto na sua redução.

Dugan (2014) explica a vantagem competitiva das organizações verticalmente integradas a longo prazo pela primazia de tratamento em ambulatório, o que consequentemente reflete a contenção da despesa.

Estas comparações não permitem no entanto tirar conclusões devido à diferença de realidades.

Na análise do impacto das variáveis demográficas nos custos há a salientar que o sexo feminino é o que apresenta mais episódios de internamento, ao contrário do descrito por Gröner *et al.* (2001). Contudo, tal facto pode ser explicado pela inclusão na amostra em estudo dos grupos de diagnóstico homogéneos pertencentes à Grande Categoria de Diagnóstico (GCD): gravidez, parto e puerpério.

Em todos os anos, o sexo masculino é o que apresenta custos médios estimados de internamento hospitalar mais elevados. No ajustamento do custo médio estimado por género em ambos os modelos de gestão conclui-se que, na generalidade, os custos de ambos os sexos são inferiores em hospitais verticalmente integrados quando comparados com hospitais sem este modelo organizacional.

Conforme documentado por Gröner *et al.* (2001) a maior prevalência de internamentos situa-se nas classes etárias mais idosas. Em todos os anos em análise, a população com pelo menos 65 anos foi a que apresentou mais episódios de internamento em ambos os modelos organizacionais. No que respeita aos custos a tendência manteve-se, à exceção dos anos 2007 a 2009, onde a população entre os 45 e os 64 anos apresentou custos mais elevados em hospitais não integrados verticalmente, apesar da diferença não ser muito acentuada.

Da revisão da literatura é de referir que a população mais idosa apresenta maior propensão ao desenvolvimento de complicações, uma vez que existe maior prevalência de doenças crónicas. Tal pode ser justificativo de custos médios estimados por episódio de internamento mais elevados nessas classes etárias.

Da análise do impacto das classes etárias nos custos médios estimados dos dois modelos de gestão, há a referir que no primeiro ano em análise os hospitais sem modelo de integração vertical de cuidados apresentam custos mais elevados em todas as classes etárias. No ano 2006 apenas na classe etária dos 15 aos 24 anos e dos 45 aos 64 anos é que se verifica esse impacto em termos de custos. Nos anos seguintes em estudo, os hospitais integrados mantêm custos médios estimados inferiores em todas as classes etárias relativamente aos restantes hospitais, com exceção da população com pelo menos 65 anos que, no ano 2009 não apresenta diferenças estatisticamente significativas³⁴.

A literatura internacional, como por exemplo os estudos de Feachem *et al.* (2002), Krause (2005), Bodenheimer *et al.* (2007), salienta que os programas de gestão de doenças crónicas como é o caso da diabetes, doença cardíaca e asma, apresentam vantagens na redução de custos assim como uma diminuição das taxas de hospitalização.

Detalhando a análise pela tipologia de GDH, tal como esperado, os GDH médicos são os que apresentam mais episódios de internamento em ambos os modelos organizacionais. Ao contrário do que acontece na análise de custos, uma vez que são os GDH cirúrgicos a apresentar custos mais elevados.

³⁴ Valor de Sig. $\alpha > 0,05$.

Em todos os anos em estudo, os hospitais que não possuem integração vertical de cuidados apresentam custos médios estimados mais elevados, independentemente da tipologia do GDH. A referir que a diferença de custos é mais elevada nos GDH cirúrgicos apresentando uma variação não linear ao longo dos anos, sendo que a amplitude mais elevada se situa nos 1.263,80€ (2004) e a menor variação nos 382,13€ (2006).

A primazia pelo ambulatório dos hospitais verticalmente integrados, e a tentativa de redução da demora média de internamento pode justificar os factos referidos anteriormente.

Outra análise importante é a comparação dos custos médios dos GDH selecionados nos dois modelos organizacionais em estudo. Verifica-se que, de acordo com a prévia seleção tendo por base os programas prioritários, no ano 2004 todos os GDH considerados apresentam custos médios estimados de internamento superiores nos hospitais sem integração vertical de cuidados.

Em 2006 e 2007 a situação inverte-se e os hospitais integrados em Unidades Locais de Saúde apresentam custos médios estimados superiores aos restantes. Porém, em 2006 a maior variação de custos encontrada situa-se nos 298,14€, mas em 2007 essa variação é menor localizando-se nos 82,28€.

Situação semelhante verifica-se no último ano em análise, onde a diferença de médias no que respeita aos custos estimados quando comparados os dois modelos organizacionais é mais acentuada, variando entre os 160,46€ e os 262,32€.

No ano 2008 a situação não é tão linear e apenas o GDH 88³⁵ e o GDH 294³⁶ apresentam custos médios estimados de internamento hospitalar superiores nos hospitais não integrados verticalmente.

A ausência de um padrão linear nos resultados reforça a ideia de que cada experiência de integração tem as suas particularidades, não existindo internacionalmente um

³⁵ Doença pulmonar obstrutiva crónica.

³⁶ Diabetes, idade superior a 35 anos.

consenso sobre os verdadeiros benefícios da integração vertical de cuidados, apesar das potencialidades encontradas na revisão bibliográfica efetuada.

É certo que a criação das ULS parece ter influência na redução e contenção de custos de internamento. Quando comparados os custos médios estimados dos dois modelos organizacionais em análise, os hospitais integrados são os que, de uma forma geral, apresentam custos inferiores. Contudo, a diferença de custos médios estimados nos anos em análise não possui uma tendência definida sendo em 2009 quase incipiente.

Para aferir com maior evidência o real impacto das ULS nos custos do internamento hospitalar é desejável estender o estudo à totalidade das unidades existentes em Portugal Continental, caracterizando o seu impacto a nível temporal.

Importa ainda aprofundar os fatores que influenciam os custos de internamento. Se por um lado os indicadores sociodemográficos e económicos podem ter especial impacto, também é verdade que a demora média e a produção realizada constituem fatores de análise. A referir que a comparação deverá ser efetuada numa ótica de custo efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com o movimento de fluxo de doentes entre instituições, sugere-se que sejam aferidos os custos médios estimados de internamento hospitalar por distrito, considerando os fluxos de doentes de fora e para fora, de forma a se obterem resultados isentos de viés.

Apurar o custo por doente a todos os níveis de prestação, em contexto de integração vertical de cuidados, é uma mais valia. Uma vez que permite uma melhor gestão financeira centrada no utente e a tomada de decisão com menor risco, pois os resultados refletem o consumo de recursos ao longo do processo de produção (Costa *et al.*, 2008b).

7. Conclusão

A integração vertical de cuidados tem sido considerada por muitos como um modelo organizacional fulcral para fazer face às pressões demográficas e económicas atuais. Apesar de não existir consenso no que respeita às suas vantagens, este modelo de prestação é apontado como uma mais valia na redução e contenção da despesa em saúde. Importa relembrar que a génese das ULS teve como principal objetivo melhorar a interligação entre os cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e ainda com os cuidados continuados.

Desde a criação das ULS em Portugal têm surgido estudos com o intuito de avaliar o desempenho deste modelo de gestão, abordando aspetos fulcrais como o acesso, a qualidade, a eficiência e o desempenho económico financeiro.

No estudo apresentado pretendeu-se, pela primeira vez em Portugal, analisar o impacto do modelo de integração vertical de cuidados numa ótica de custos, comparando hospitais integrados em ULS com os restantes que não possuem esse modelo de gestão.

Ao utilizar a metodologia dos Custos Estimados com base na Contabilidade Analítica, para apurar os custos médios por episódio de internamento hospitalar, foi possível avaliar o impacto da criação das Unidades Locais de Saúde nos custos de internamento.

A sua criação parece ter tido um impacto positivo na redução e contenção dos custos de internamento. De uma forma geral, quando se comparam os dois modelos organizacionais, os hospitais verticalmente integrados são os que apresentam custos inferiores. No entanto, os resultados não apresentam uma tendência definida e não podem ser extrapolados para instituições e períodos temporais não contemplados.

Será importante aprofundar o estudo através da inclusão de todas as ULS existentes em Portugal Continental, bem como considerar os fatores que influenciam os custos de internamento.

Para uma completa avaliação da prestação das ULS deverá ser apurado o custo por doente saído ao longo do *continuum* de cuidados. Tal implica o cruzamento da informação de custos ao longo das diversas instituições de prestação de cuidados numa ótica de custo-efetividade.

8. Referências Bibliográficas

ACCENTURE GROUP – An assessment of health coverage industry trends and care first's strategic response. [Em linha]. Dublin, Ireland: Accenture, 2001. [Consult. Janeiro 2015]. Disponível em: https://carefirst.com/media/attachments/accenture_letter.pdf.

ACKERMAN, K. – The movement toward vertically integrated regional systems. **Health Care Management Review**. 17 : 3 (1992) 81-88.

AGUIAR, P. – Estatística em investigação epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores, 2011.

AHGREN, B. – Chain of care development in Sweden : results of a national study. **International Journal of Integrated Care**. 3 (2003) 1-8.

AHGREN, B.; AXELSSON, R. – Evaluating integrated health care : a model for measurement. **International Journal of Integrated Care**. 5 (2005) 1-9.

ANDRADE, M.; LISBOA, M. – Sistema privado de seguro-saúde : lições do caso americano. **Revista Brasileira de Economia**. 54 : 1 (2000) 5-36.

ARMITAGE, G. *et al.* – Health systems integration: state of evidence. **International Journal of Integration Care**. 9 (2009) 1-11.

ASH, A. S. *et al.* — Using diagnoses to describe populations and predict costs. **Health Care Financing Review**. 21 : 3 (2000) 72-78.

BAKER, L.; SHARKARKUMAR, S. – Managed care and health care expenditures : evidence from Medicare. **Frontiers in Health Policy Research**. 1 (1998) 117-152.

BARROS, P.P. – Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 2ª ed. Coimbra : Almedina, 2013.

BEALE, N. *et al.* – The costs of care in general practice: patients compared by the council tax valuation band of their home address. **Family Practice**. 22 : 3 (2005) 317-322.

BODENHERMER, T.; GRUMBACH, K. – Improving primary care : strategies and tools for a better practice. New York : McGraw-Hill, 2007.

BYRNE, M.; ASHTON, C. – Incentives for vertical integration in healthcare : the effect of reimbursement systems. **Journal of Healthcare Management**. 44 : 1 (1999) 34-46.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. – The challenge of coordination : the role of primary care professionals in promoting care across the interface. In: FIGUERAS, J. *et al.* ed. lit. Primary care in the driver's seat? : organizational reform in European primary care. Maidenhead : Open University Press, 2006. 85-104.

CARLSON, G. – What is a Health Maintenance Organization? [Em linha]. Columbia : University of Missouri Extension, 2009. [Consult. Dezembro 2014] Disponível em : <http://missourifamilies.org/infosheets/health/whatishmo.pdf>.

CATLIN, A. *et al.* – National health spending in 2005 : the slowdown continues. **Health Affairs**. 26 : 1 (2007) 142-153.

CHAN, C. *et al.* – Using an integrated COC index and multilevel measurements to verify the care outcome of patients with multiple chronic conditions. **BMC Health Services Research**. 12 : 405 (2012) 1–12.

CHENG, S. H.; CHEN, C.C.; HOU, Y.F. – A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalization : evidence from a universal coverage health care system. **Archives of Internal Medicine**. 170 : 18 (2010) 1671-1677.

CHENG, S.; HOU Y.; CHEN, C. – Does continuity of care matter in a health care system that lacks referral arrangements? **Health Policy and Planning**. 26 : 2 (2011) 157–162.

CHERNEW, M. ; DECICCA, P. ; TOWN, R. – Managed care and medical expenditures of Medicare beneficiaries. **Journal of Health Economics**. 27 (2008) 1451-1461.

CHRISTAKIS, D. A. *et al.* – The Association between greater continuity of care and timely measles-mumps-rubella vaccination. **American Journal of Public Health**. 90 : 6 (2000) 962-965.

- CHRISTAKIS, D. A. *et al.* – Continuity and quality of care for children with diabetes who are covered by Medicaid. **Ambulatory Pediatrics**. 1 : 2 (2001) 99-103.
- CONRAD, D.; DOWLING, W. – Vertical integration in health services : theory and managerial implications. **Health Care Management Review**. 15 : 4 (1990) 9-22.
- CONRAD, D.; SHORTELL, S. – Integrated health systems : promise and performance. **Frontiers of Health Services Management**. 13 : 1 (1996) 3-40.
- CONTANDRIPOULOS, A. P. *et al.* – The integration of health care : dimensions and implementation [Em linha]. Montréal : Université de Montréal, 2003. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em : <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N04-01.pdf>.
- CONTEH, L.; WALKER, D. – Cost and unit cost calculations using step-down accounting. **Health Policy and Planning**. 19 : 2 (2004) 127-135.
- COSTA, J. – A reforma Obama e o sistema de saúde nos EUA. **Arquivos de Medicina**. 27 : 4 (2013) 158-167.
- COSTA, C – Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 5 (2005) 7-38.
- COSTA, C. ; SANTANA, R. ; BOTO, P. – Financiamento por capitação ajustada pelo risco : conceptualização e aplicação. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008a) 67-102.
- COSTA, C. *et al.* – A importância do apuramento de custos por doente : metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008b) 131-146.
- DECRETO-LEI nº 11/93. D.R. Série I-A. 12 (1993-01-15) 129-134 – Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI nº 156/99. D.R. Série I-A. 108 (10/05/1999) 2421-2424 – Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde.

DECRETO-LEI nº 207/99. D.R. Série I-A. 133 (9/6/1999) 3258-3264 – Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

DECRETO-LEI nº 50-B/2007. D.R. Série I-A. 42. (28/2/2007) 1414-(29)-1414-(37) – Cria a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

DECRETO-LEI nº 183/2008. D.R. Série I-A. 171. (04/09/2008) 6225-6233 – Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos.

DECRETO-LEI nº 318/2009. D.R. Série I-A. 212. (02/11/2009) 8310-8317 – Cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos.

DECRETO-LEI nº 67/2011. D.R. Série I-A. 107. (02/06/2011) 3032-3041 – Extingue o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste, cria a Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos.

DECRETO-LEI nº 238/2012. D.R. Série I-A. 211. (31/10/2012) 6288-6297 – Procedê à criação, com a natureza de entidade pública empresarial, da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E., por integração do Hospital do Litoral Alentejano e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

DELOITTE – Saúde em análise : uma visão para o futuro. [Em linha]. Lisboa : Deloitte : Public Sector, Life Sciences & Healthcare, 2011. [Consult. Novembro 2014]. Disponível em : [http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf).

DEVERS, K.; BERESON, R. – Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and quality quandaries? [Em linha]. Washington, DC : Urban Institute, 2009. [Consult. Fevereiro 2015]. Disponível em: <http://www.urban.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/411975-Can-Accountable-Care-Organizations-Improve-the-Value-of-Health-Care-by-Solving-the-Cost-and-Quality-Quandaries-.PDF>.

DIAS, A. ; QUEIRÓS, A. – Estudo “Integração e Continuidade de Cuidados”. In: Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010, [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em : <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/ICC3.pdf>.

DONOHUE, M. *et al.* – Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. **Journal of General Internal Medicine**. 14 : 5 (1999) 281-286.

DUGAN, J. – Trends in managed care cost containment : an analysis of the managed care backlash. **Health Economics**. (2014) doi: 10.1002/hec.3115.

ESCOVAL, A. *et al.* – Gestão integrada da doença : uma abordagem experimental de gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Temático : 9 (2010) 105-116.

FEACHEM, R. ; SEKHRI, N. ; WHITE, K. – Getting more for their dollar : a comparison of the NHS with California’s Kaiser Permanente. **British Medical Journal**. 324 (2002) 135-143.

FISHER, E. *et al.* – Fostering accountable health care : moving forward in medicare. **Health Affairs**. 28 : 2 (2009) 219-231.

FORMAN, D. *et al.* - PTCA the elderly : the young-old versus the old-old. **Journal of the American Geriatrics Society**. 40 : 1 (1992) 19-22.

FRØLICH, A. *et al.* – A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. **BMC Health Services Research**. 8 (2008) 1-8.

GEISINGER – Geisinger Health Plan. [Em linha]. Danville, Pennsylvania : Geisinger, 2014. [Consult. Janeiro 2015. Last Update Fevereiro 2014]. Disponível em: <https://www.thehealthplan.com/news/keyfacts.cfm>.

GOUVEIA, M. *et al.* – Transferência de cuidados de saúde prestados em meio hospitalar para as redes de cuidados primários e continuados. [Em linha]. Lisboa : Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012 [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/relatorio_transferencia_servicos_hospitales_cuidados_primarios_saude.pdf.

GRÖNER, O.; GARCIA-BARBERO, M. – Integrated care : a position paper of the WHO European office for integrated health care services. **International Journal of Integrated Care**. 1 (2001) 1-10.

GUIMARÃES, R.C.; CABRAL, J.A. – Estatística. Alfragide: McGraw-Hill, 1998.

HAM, C. *et al.* – Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme : analysis of routine data. **British Medical Journal**. 327 (2003) 1-5.

HÄNNIMEN, J.; TAKALA, J.; KEINANEN-KIUKAANNIEMI, S. – Good continuity of care may improve quality of life in type 2 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**. 51 : 1 (2001) 21-27.

HJORDAHL, P.; LAERUM, E. – Continuity of care in general practice : effect on patient satisfaction. **British Medical Journal**. 304 : 6837 (1992) 1287–1290.

HOLLINGHURST, S. *et al.* – Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care : modelling economic data from randomized trials. **British Journal of General Practice**. 56 : 528 (2006) 530-535.

IBRAHIM, M. *et al.* – Population-based health principles in medical and public health practice. **Journal of Public Management Practice**. 7 : 3 (2001) 75-81.

IEZZONI, L. – The risks of risk adjustment. **JAMA**. 278 : 19 (1997) 1600-1607.

IEZZONI, L. – Risk adjustment for measuring health care outcomes. **International Journal for Quality in Health Care**. 16 : 2 (2004) 181-182.

IONESCU-ITTU, R. *et al.* Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. **Canadian Medical Association Journal**. 177 : 11 (2007) 1362-1368.

JIANG, H.J. ; FRIEDMAN, B. ; JIANG, S. – Hospital cost and quality performance in relation to market forces : an examination of U.S community hospitals in the “post-managed care era”. **International Journal of Health Care Finance and Economics**. 13 : 1 (2013) 53-71.

KERNICK, D.P. ; NETTEN, A. – A methodological framework to drive the cost of the GP consultation. **Family Practice**. 19 : 5 (2002) 500-503.

KOPERSKI, M. – Systematic care of diabetic patients in one general practice : how much does it cost?. **British Journal of General Practice**. 42 : 362 (1992) 370–372.

KRAUSE, D.S. – Economic effectiveness of disease management programs. **Disease Management**. 8 : 2 (2005) 114-134.

LANDON, B.E. *et al.* – Analysis of Medicare Advantage : HMOs compared with traditional Medicare shows lower use of many services during 2003–09. **Health Affairs**. 31 : 12 (2012) 2609–2617.

LEATT, P. ; PINK, G. ; GUERRIERE, M. – Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthcare Papers**. 1 : 2 (2000) 13.

LING, T. *et al.* – Evolution of UK integrated care pilots : research protocol. **International Journal of Integrated Care**. 10 (2010) 1-15.

LLOYD, J. ; WAIT, S – Integrated care : a guide for policymakers. [Em linha]. London : Alliance for Health and Future, 2006. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_7.pdf.

LOPES, H. *et al.* – Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. [Em linha]. Lisboa : Ministério da Saúde, 2014. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9E8DC6EA-34D1-4E18-A4BA-BCE312693BF4/0/Integracao_Cuidados_Saude_Relatorio.pdf.

LUI, C.F. *et al.* – Case-mix adjusting performance measures in a veteran population : pharmacy-and diagnosis-based approaches. **Health Services Research**. 38 : 5 (2003) 1319-1337.

MAINOUS, A.G. ; GILL, J.M. – The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? **American Journal of Public Health**. 88 : 10 (1998) 1539-1541.

MAINOUS, A.G. *et al.* – Relationship between continuity of care and diabetes control : evidence from the third national health and nutrition examination survey. **American Journal of Public Health**. 94 : 1 (2004) 63-86.

MARÔCO, J. - Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2011.

MARÔCO, J.; BISPO, R. - Estatística aplicada às ciências sociais e humanas. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

MCCLELLAN, M. *et al.* – A national strategy to put accountable care into practice. **Health Affairs**. 29 : 5 (2010) 982-990.

MEYER, P.L. – Probabilidade: aplicações à Estatística. 2ª ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1983.

MICHAELS, F. H.; McCABE, S. – Managing chronic conditions for elderly adults : the VNS Choice Model. **Health Care Financing Review**. 27 : 1 (2005) 33 – 45.

MILLER, R. ; LUFT, H. – HMO plan performance update : an analysis of the literature 1997-2001. **Health Affairs**. 21 : 4 (2002) 63-86.

MUISE, M.L. ; AMOIA, B.A. – Step up to the step-down method. **Healthcare Financial Management**. 60 : 5 (2006) 72-77.

NEGRINI, D. *et al.* – The cost of hospital ward in Europe : is there a methodology available to accurately measure the costs? **Journal of Health Organization and Management**. 18 : 3 (2004) 195-206.

NOLTE, E. ; McKEE, M. – Caring for people with chronic conditions : a health system perspective. [Em linha]. Brussels : The European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf.

OKIN, R. *et al.* – The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. **American Journal of Emergency Medicine**. 18 : 5 (2000) 603-608.

PARKER, V. ; CHARNS, M. ; YOUNG, G. – Clinical service lines in integrated delivery systems : an initial framework and exploration. **Journal Healthcare Management**. 46 : 4 (2001) 261-275.

PEIKES, D. *et al.* – Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries. **Journal of the American Medical Association**. 301 : 6 (2009) 603-618.

PEREIRA, J. – Economia da Saúde: glossário de termos e conceitos. Documento de Trabalho 1/93. 4ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2004.

PESTANA, H.M.; GAGEIRO, J.N. – Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PHELAN, P.D. *et al.* – DRG cost weights : getting it right. **The Medical Journal of Australia**. 169 (1998) 36-38.

PORTARIA nº 567/2006. D.R. Série I-B. 113. (12/06/2006) 4173 – 4267 - Aprova as tabelas de preços a praticar pelo SNS, bem como o respetivo regulamento e, aprova a lista de classificação dos hospitais para efeitos de faturação dos episódios de urgência.

PORTARIA nº 839-A/2009. D.R. Série I-A. 147. (31/07/2009) 2 –124 – Revoga e apresenta novas tabelas de preços a praticar pelo SNS, bem como o respetivo regulamento.

PORTER, M.; TEISER, E. – Redefining health care creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato Programa 2010-2012: metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2010. [Consult. Fevereiro 2015]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia%202010%20_%20ULS.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Workshop : Unidades locais de Saúde : Gestão do processo de integração vertical nas Unidades Locais de Saúde : 23 de Fevereiro de 2010 : síntese dos trabalhos desenvolvidos. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2011. [Consult.

Janeiro 2015]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2011_Fev_27_Nota%20sintese%20e%20conclus%C3%B5es.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Contrato Programa 2015: metodologia para a fixação de preços e definição de objetivos. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2014. [Consult. Janeiro 2015]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2015.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS - Circular Normativa nº13/2014/DPS/ACSS. (06/02/2014) 1 – 92 – Estabelece as regras de faturação do Contrato-Programa 2014, pelas instituições hospitalares, à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS). [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2014b. [Consult. Março 2015]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CN13_2014.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Programas Nacionais Prioritários. [Em linha]. Lisboa : Direção - Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2014. [Consult. Março 2015]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programas+nacionais/programas+prioritarios.htm>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ERS - Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde : relatório preliminar. [Em linha]. Porto : Entidade Reguladora da Saúde, 2011. [Consult. Novembro 2014]. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ERS – Estudo sobre o desempenho das unidades locais de saúde. [Em linha]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2015. [Consult. Junho 2015]. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1297/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_27_01_2015.pdf.

KAPLAN, R.S.; PORTER, M.E. – How to solve the cost crisis in health care. **Harvard Business Review**. 89 : 9 (2011) 47-64

KHOURY, M. *et al.* – A population approach to precision medicine. **American Journal of Preventive Medicine**. 42 : 6 (2012) 639-645.

KIBBE, D.C.; BENTZ, E.; McLOUGHLIN, C.P. – Continuous quality improvement for continuity of care. **Journal of Family Practice**. 36 : 3 (1993) 304-311.

KONETZKA, R.T. *et al.* – Managed care and hospital cost containment. **Inquiry**. 45 : 1 (2008) 98-111.

RICE, K.L. *et al.* – Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease : a randomized controlled trial. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**. 182 : 7 (2010) 890-896.

ROSENLATT, R.A. *et al.* – The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. **American Journal of Public Health**. 90 : 1 (2000) 97-102.

ROTTER, T. *et al.* – The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs : Cochrane systematic review and meta-analysis. **Evaluation & the Health Professions**. 35 : 1 (2012) 3-27.

SANTANA, R.; COSTA, C. - A integração vertical de cuidados de saúde : aspectos conceptuais e organizacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Temático : 7 (2008) 29-56.

SANTANA, R. *et al.* – Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde : Relatório I : revisão da literatura. [Em linha]. Lisboa : Administração Central dos Serviços de Saúde, 2010. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20I%20Revis%C3%A3o%20de%20Literatura.pdf>.

SANTANA, R. *et al.* – Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde : Relatório III : estudo sobre o grau de integração de organizações de saúde (EGIOS). Lisboa : Administração Central dos Serviços de Saúde, 2010. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/EGIOS_VersFinalAnon_26_10_2010.pdf.

SANTANA, S. ; SZCZYIGIEL, N. ; REDONDO, P. – Integration of care systems in Portugal : anatomy of recent reforms. **International Journal of Integrated Care**. 14 (2014) 1-10.

SCHRAMM, J.C. – Blue Cross Conversion : policy considerations arising from a sale of the Maryland Plan. [Em linha]. Maryland : The Abell Foundation, 2001. [Consult. Fevereiro 2015]. Disponível em : http://www.abell.org/sites/default/files/publications/hhs_bluecross_1101.pdf.

SHAW, S. ; ROSEN, R. ; RUMBOLD, B. – What is integrated care? : an overview of integrated care in NHS. [Em linha]. London : Nuffield Trust, 2011. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em : http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf.

SHEN, Y.C.; MELNICK, G. – The effects of HMO ownership on hospital costs and revenues: is there a difference between for-profit and nonprofit plans? **Inquiry**. 41 : 3 (2004) 255-267.

SHEN, Y.C. ; WU, Y.V. ; MELNICK, G. – Trends in hospital cost and revenue, 1994-2005 : how are they related to HMO penetration, concentrationm and for-profit ownership? **Health Services Research**. 45 : 1 (2010) 42-61.

SHORTELL, S. *et al.* – Integrating health care delivery. **Healthcare Forum Journal**. 43 : 6 (2000) 35-39.

SHORTELL, S.M. ; CASALINO, L.P. ; FISHER, E. – Implementing accountable care organizations. [Em linha]. Berkely, CA : Berkely School of Law. Berkeley Center on Health, Economic & Family Security. University of California, 2010. (Advancing National Health Reform). [Consult. Janeiro 2015]. Disponível em: https://www.law.berkeley.edu/files/chefs/Implementing_ACOs_May_2010.pdf

SHORTELL, S.M. ; GILLIES, R.R. ; ANDRESON, D.A. – The new world of managed care : creating organized delivery systems. **Health Affairs**. 13 : 5 (1994) 46-64.

SHORTELL, S.M.; KALUZNY – Health care management organization design and behaviour. 6th ed. Clifton Park, NY : Thomson Delmar Learning, 2006. ISBN- 13: 978-1-4354-88-2.

SOBCZAK, A. – Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. **International Journal of Integrated Care**. 2 : 1 (2002) 1-10.

SOUSA, P. *et al.* – Avaliação da qualidade em saúde : a importância do ajustamento pelo risco na análise dos resultados da doença coronária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Temático : 7 (2008) 57-65.

STEVENSON, D.G. *et al.* – Service use at the end-of-life in Medicare Advantage versus traditional Medicare. **Medical Care**. 51 : 10 (2013) 931–937.

STILLE, C. *et al.* – Coordinating care across diseases, settings and clinicians : a key role for the generalist in practices. **Annals of Internal Medicine**. 142 : 8 (2005) 700-708.

STRANDBERG-LARSEN, M. ; KRASNIK, A. – Measurement of integrated healthcare delivery : a systematic review of methods and future research directions. **International Journal of integrated Care**. 9 : 4 (2009) 1-10.

STRANDBERG-LARSEN, M. ; SCHIØTZ, M.L. ; FRØLICH, A. – Kaiser Permanente revisited : can European health care systems learn? **Eurohealth**. 13 : 4 (2007) 24-26.

SUTER, E. ; HYMAN, M. ; OELKE, N. – Measuring key integration outcomes : a case study of a large urban health center. **Health Care Management Review**. 32 : 3 (2007) 226-235.

TJERBO, T. ; KJEKSHUS, L. – Coordinating health care : lessons from Norway. **International Journal of Integrated Care**. 5 : 2 (2005) 1-9.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES – Pioneer accountable Care organizations succeed in improving care, lowering costs. [Em linha]. Baltimore, MD : Centers for Medicare & Medicaid Services, 2013. [Consul. Janeiro 2015. Last Update 2013]. Disponível em: <http://www.cms.gov/newsroom/mediareleasedatabase/press-releases/2013-press-releases-items/2013-07-16.html>.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. Medicare choices: overview. [Em linha]. Baltimore, MD : U.S. Department of Health & Human Services, 2015a. [Consult. Fevereiro 2015]. Disponível em: <http://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/decide-how-to-get-medicare/your-medicare-coverage-choices.html>.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES – Your Medicare benefits [Em linha]. Baltimore, MD : Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015b. [Consult. Fevereiro 2015]. Disponível em : <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10116.pdf>.

VAN DE VEN, W.; ELLIS, R.P. — Risk adjustment in competitive health plan markets. ed. Amsterdam: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P: Elsevier Science, 2000. 755 - 845.

WALLACE, P. – U.S. health care : update post the Obama inauguration. In: DISCUSSÃO ESTRATÉGICA : Gestão Integrada da Doença, Lisboa, 25 e 26 de Junho de 2009. Lisboa : ACSS Administração Central do Sistema de Saúde. Direcção Geral de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2009a.

WALLACE, P. – Kaiser Permanente : an overview. In: DISCUSSÃO ESTRATÉGICA: Gestão Integrada da Doença, Lisboa, 25 e 26 de Junho de 2009. Lisboa : ACSS Administração Central do Sistema de Saúde. Direcção Geral de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2009b.

WAN, T.; LIN, B.; MA, A. – Integration mechanism and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. **Journal of Medical Systems**. 26 : 2 (2002) 127-143.

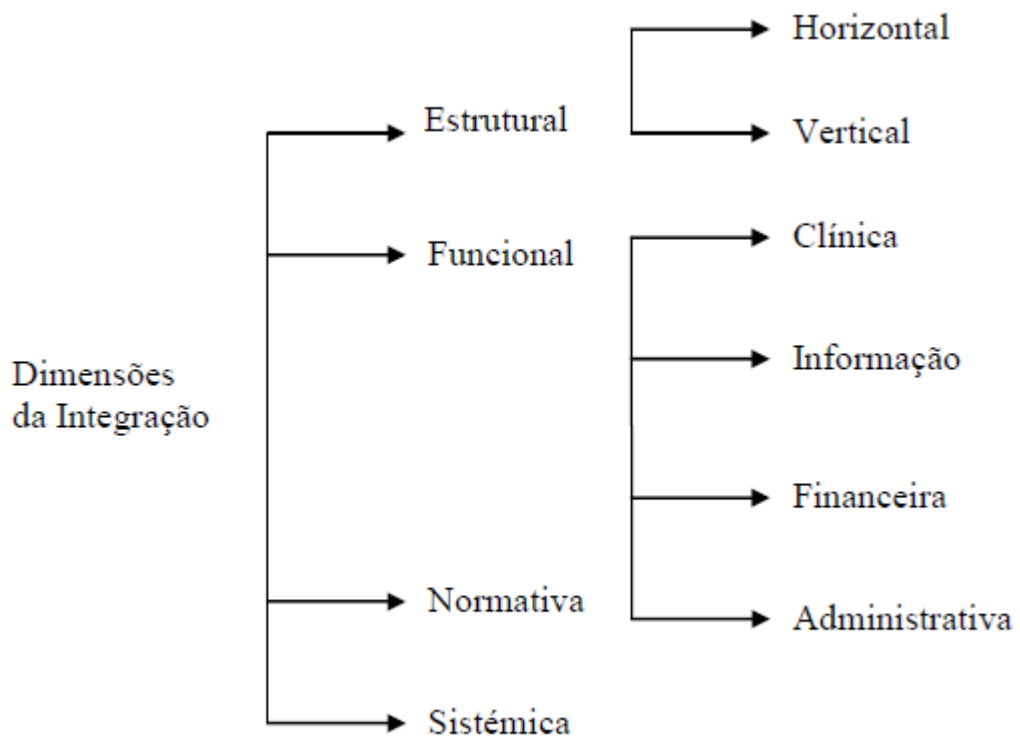
WHELLER, J. *et al.* – Financial and organizational determinants of hospital diversification into sub-acute care. **Health Services Research**. 34 : 1 (1999) 61-81.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Integrated health services : what and why? [Em linha]. Geneva : WHO, 2008. [Consult. Dezembro 2014]. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf.

YOUNG, D. – Management accounting in health care. 3^a ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2014.

Anexos

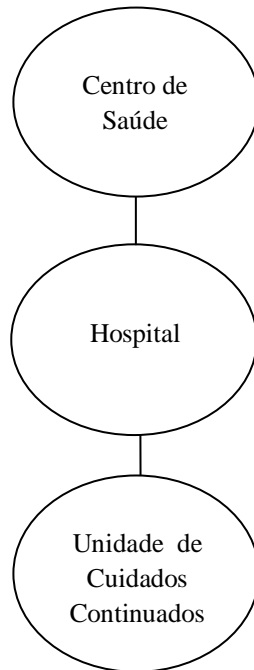
Anexo A – Dimensões da Integração



Anexo A: Dimensões de Integração

(Fonte: Adaptado de Santana, *et al.*, 2009)

Anexo B – Integração Vertical



Anexo B: Integração Vertical

(Fonte: Adaptado de Conrad *et al.*, 1996)

Anexo C – GDH AP 21

Código de GDH	Descrição GDH	TIPO_GDH
1	Craniotomia, idade >17 anos, com CC	C
2	Craniotomia, idade >17 anos, sem CC	C
6	Descompressão do túnel cárpico	C
7	Procedimentos nos nervos cranianos e periféricos e noutras estruturas nervosas, com CC	C
8	Procedimentos nos nervos cranianos e periféricos e noutras estruturas nervosas, sem CC	C
9	Perturbações e lesões traumáticas raquidianas	M
10	Neoplasias do sistema nervoso, com CC	M
11	Neoplasias do sistema nervoso, sem CC	M
12	Perturbações degenerativas do sistema nervoso	M
13	Esclerose múltipla e ataxia cerebelosa	M
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	M
15	Acidentes vasculares cerebrais não específicos e oclusões pré-cerebrais sem enfarte	M
16	Perturbações cerebrovasculares não específicas, com CC	M
17	Perturbações cerebrovasculares não específicas, sem CC	M
18	Perturbações dos nervos cranianos e periféricos, com CC	M
19	Perturbações dos nervos cranianos e periféricos, sem CC	M
20	Infecção do sistema nervoso excepto meningite viral	M
21	Meningite viral	M
22	Encefalopatia hipertensiva	M
23	Estupor e coma, não traumáticos	M
24	Convulsões e cefaleias, idade > 17 anos, com CC	M
25	Convulsões e cefaleias, idade > 17 anos, sem CC	M
34	Outras perturbações do sistema nervoso, com CC	M

35	Outras perturbações do sistema nervoso, sem CC	M
36	Procedimentos na retina	C
37	Procedimentos na órbita	C
38	Procedimentos primários na íris	C
39	Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia	C
40	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade > 17 anos	C
41	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade < 18 anos	C
42	Procedimentos intra-oculares, excepto na retina, íris e cristalino	C
43	Hifema	M
44	Grandes infecções agudas do olho	M
45	Perturbações neurológicas do olho	M
46	Outras perturbações do olho, idade > 17 anos, com CC	M
47	Outras perturbações do olho, idade > 17 anos, sem CC	M
48	Outras perturbações do olho, idade < 18 anos	M
49	Grandes procedimentos na cabeça e pescoço, excepto por doença maligna	C
50	Sialadenectomia	C
51	Procedimentos nas glândulas salivares, excepto sialadenectomia	C
52	Reparações de fenda labial e do palato	C
53	Procedimentos nos seios faciais e mastóide, idade > 17 anos	C
54	Procedimentos nos seios faciais e mastóide, idade < 18 anos	C
55	Procedimentos diversos no ouvido, nariz, boca e garganta	C
56	Rinoplastia	C
57	Procedimentos nas amígdalas e adenóides, excepto só amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade > 17 anos	C
58	Procedimentos nas amígdalas e adenóides, excepto só amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade < 18 anos	C
59	Amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade > 17 anos	C
60	Amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade < 18 anos	C
61	Miringotomia com colocação de tubo, idade > 17 anos	C

62	Miringotomia com colocação de tubo, idade < 18 anos	C
63	Outras procedimentos no ouvido, nariz, boca e garganta em bloco operatório	C
64	Doenças malignas do ouvido, nariz, boca e garganta	M
65	Desequilíbrio	M
66	Epistaxe	M
67	Epiglotite	M
68	Otite média e infecções das vias respiratórias superiores, idade > 17 anos, com CC	M
69	Otite média e infecções das vias respiratórias superiores, idade > 17 anos, sem CC	M
70	Otite média e infecções das vias respiratórias superiores, idade < 18 anos	M
71	Laringotraqueíte	M
72	Traumatismo e deformidade nasal	M
73	Outros diagnósticos do ouvido, nariz, boca e garganta, idade > 17 anos	M
74	Outros diagnósticos do ouvido, nariz, boca e garganta, idade < 18 anos	M
75	Grandes procedimentos torácicos	C
76	Outros procedimentos no aparelho respiratório em bloco operatório, com CC	C
77	Outros procedimentos no aparelho respiratório em bloco operatório, sem CC	C
78	Embolia pulmonar	M
79	Infecções e inflamações respiratórias, idade > 17 anos, com CC	M
80	Infecções e inflamações respiratórias, idade > 17 anos, sem CC	M
82	Neoplasias respiratórias	M
83	Grandes traumatismos torácicos, com CC	M
84	Grandes traumatismos torácicos, sem CC	M
85	Derrame pleural, com CC	M
86	Derrame pleural, sem CC	M
87	Edema pulmonar e insuficiência respiratória	M
88	Doença pulmonar obstrutiva crónica	M

89	Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC	M
90	Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, sem CC	M
92	Doença pulmonar intersticial, com CC	M
93	Doença pulmonar intersticial, sem CC	M
94	Pneumotórax, com CC	M
95	Pneumotórax, sem CC	M
96	Bronquite e asma, idade > 17 anos, com CC	M
97	Bronquite e asma, idade > 17 anos, sem CC	M
99	Sintomas e sinais respiratórios, com CC	M
100	Sintomas e sinais respiratórios, sem CC	M
101	Outros diagnósticos do aparelho respiratório, com CC	M
102	Outros diagnósticos do aparelho respiratório, sem CC	M
103	Transplante cardíaco	C
104	Procedimentos nas válvulas cardíacas e outros procedimentos cardiorácicos major, com cateterismo cardíaco	C
105	Procedimentos nas válvulas cardíacas e outros procedimentos cardiorácicos major, sem cateterismo cardíaco	C
106	Bypass coronário com angioplastia coronária percutânea transluminal	C
107	Bypass coronário com cateterismo cardíaco, sem angioplastia coronária percutânea transluminal	C
108	Outros procedimentos cardiorácicos sem diagnóstico principal de anomalia congénita	C
109	Bypass coronário sem angioplastia coronária percutânea transluminal, sem cateterismo cardíaco	C
110	Grandes procedimentos cardiovasculares, com CC	C
111	Grandes procedimentos cardiovasculares, sem CC	C
112	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C
113	Amputação por perturbações circulatórias sistémicas, excepto do membro superior e de dedo do pé	C
114	Amputação de membro superior e de dedo do pé, por perturbações circulatórias sistémicas	C

115	Implantação de pacemaker cardíaco permanente, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque, ou procedimento em terminal ou gerador de desfibrilhador cardíaco automático implantável	C
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	C
117	Revisão de pacemaker cardíaco, excepto substituição do gerador	C
118	Substituição do gerador de pacemaker cardíaco	C
119	Laqueação venosa e flebo-extracção	C
120	Outros procedimentos, no aparelho circulatório, em bloco operatório	C
121	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio e complicações major, alta vivo	M
122	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações major, alta vivo	M
123	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, falecido	M
124	Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco e diagnóstico complexo	M
125	Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco, sem diagnóstico complexo	M
126	Endocardite aguda e subaguda	M
127	Insuficiência cardíaca e choque	M
128	Tromboflebite venosa profunda	M
129	Paragem cardíaca, causa desconhecida	M
130	Perturbações vasculares periféricas, com CC	M
131	Perturbações vasculares periféricas, sem CC	M
132	Aterosclerose, com CC	M
133	Aterosclerose, sem CC	M
134	Hipertensão	M
135	Perturbações congénitas e perturbações valvulares cardíacas, idade > 17 anos, com CC	M
136	Perturbações congénitas e perturbações valvulares cardíacas, idade > 17 anos, sem CC	M
137	Perturbações congénitas e perturbações valvulares cardíacas, idade < 18 anos	M

138	Arritmia e perturbações da condução cardíaca, com CC	M
139	Arritmia e perturbações da condução cardíaca, sem CC	M
140	Angina de peito	M
141	Síncope e colapso, com CC	M
142	Síncope e colapso, sem CC	M
143	Dor torácica	M
144	Outros diagnósticos do aparelho circulatório, com CC	M
145	Outros diagnósticos do aparelho circulatório, sem CC	M
146	Ressecção do recto, com CC	C
147	Ressecção do recto, sem CC	C
148	Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com CC	C
149	Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, sem CC	C
150	Lise de aderências peritoneais, com CC	C
151	Lise de aderências peritoneais, sem CC	C
152	Pequenos procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com CC	C
153	Pequenos procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, sem CC	C
154	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, com CC	C
155	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, sem CC	C
156	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade < 18 anos	C
157	Procedimentos no ânus e estomas, com CC	C
158	Procedimentos no ânus e estomas, sem CC	C
159	Procedimentos para hérnia excepto inguinal e femoral, idade >17 anos, com CC	C
160	Procedimentos para hérnia excepto inguinal e femoral, idade >17 anos, sem CC	C
161	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade >17 anos com CC	C
162	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade >17 anos, sem CC	C
163	Procedimentos para hérnia, idade < 18 anos	C

164	Apendicectomia com diagnóstico principal complicado, com CC	C
165	Apendicectomia com diagnóstico principal complicado, sem CC	C
166	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, com CC	C
167	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, sem CC	C
168	Procedimentos na boca, com CC	C
169	Procedimentos na boca, sem CC	C
170	Outros procedimentos no aparelho digestivo, em bloco operatório, com CC	C
171	Outras intervenções no aparelho digestivo, em bloco operatório, sem CC	C
172	Doença digestiva maligna, com CC	M
173	Doença digestiva maligna, sem CC	M
174	Hemorragia gastrintestinal, com CC	M
175	Hemorragia gastrintestinal, sem CC	M
176	Úlcera péptica complicada	M
177	Úlcera péptica não complicada, com CC	M
178	Úlcera péptica não complicada, sem CC	M
179	Doença inflamatória do intestino	M
180	Oclusão gastrintestinal, com CC	M
181	Oclusão gastrintestinal, sem CC	M
182	Esofagite, gastroenterite e perturbações digestivas diversas, idade >17 anos, com CC	M
183	Esofagite, gastroenterite e perturbações digestivas diversas, idade >17 anos, sem CC	M
185	Perturbações dentárias e orais, excepto extracções e restaurações, idade > 17 anos	M
186	Perturbações dentárias e orais excepto extracções e restaurações, idade < 18 anos	M
187	Extracções e restaurações dentárias	M
188	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade >17 anos, com CC	M
189	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade >17 anos, sem CC	M
191	Procedimentos no pâncreas, no fígado e de derivação portal, com CC	C

192	Procedimentos no pâncreas, no fígado e de derivação portal, sem CC	C
193	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, com CC	C
194	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, sem CC	C
195	Colecistectomia, com exploração do colédoco, com CC	C
196	Colecistectomia, com exploração do colédoco, sem CC	C
197	Colecistectomia, sem exploração do colédoco, com CC	C
198	Colecistectomia, sem exploração do colédoco, sem CC	C
199	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença maligna	C
200	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença não maligna	C
201	Outros procedimentos hepatobiliares ou pancreáticos, em bloco operatório	C
202	Cirrose e hepatite alcoólica	M
203	Doença maligna hepatobiliar ou pancreática	M
204	Perturbações do pâncreas, excepto por doença malignas	M
205	Perturbações hepatobiliares, excepto por doença maligna, cirrose e hepatite alcoólica, com CC	M
206	Perturbações hepatobiliares, excepto por doença maligna, cirrose e hepatite alcoólica, sem CC	M
207	Perturbações das vias biliares, com CC	M
208	Perturbações das vias biliares, sem CC	M
209	Procedimentos nas grandes articulações e reimplante de membro da extremidade inferior, excepto anca, excepto por complicação	C
210	Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade >17 anos, com CC	C
211	Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade >17 anos, sem CC	C
212	Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade < 18 anos	C
213	Amputação por perturbações osteomusculares e do tecido conjuntivo	C
216	Biópsias do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	C
217	Desbridamento de feridas e enxerto de pele, excepto diagnóstico principal de ferida aberta, por transtornos do sistema osteomuscular e do tecido	C

	conjuntivo, excepto na mão	
218	Procedimentos no membro inferior e no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade >17 anos, com CC	C
219	Procedimentos no membro inferior e no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade >17 anos, sem CC	C
220	Procedimentos no membro inferior e no úmero, excepto anca, pé ou fémur, idade < 18 anos	C
221	Procedimentos no joelho, com CC	C
222	Procedimentos no joelho, sem CC	C
223	Grandes procedimentos no ombro ou no cotovelo, ou outros procedimentos no membro superior, com CC	C
224	Procedimentos no ombro, cotovelo e antebraço, excepto grandes intervenções articulares, sem CC	C
225	Procedimentos no pé	C
226	Procedimentos nos tecidos moles, com CC	C
227	Procedimentos nos tecidos moles, sem CC	C
228	Grandes procedimentos no polegar ou articulares, ou outras procedimentos na mão ou no punho, com CC	C
229	Procedimentos na mão ou no punho, excepto grandes procedimentos articulares, sem CC	C
230	Excisão local e remoção de dispositivos de fixação interna da anca ou do fémur	C
232	Artroscopia	C
233	Outros procedimentos no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo, em bloco operatório, com CC	C
234	Outros procedimentos no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo, em bloco operatório, sem CC	C
235	Fracturas do fémur	M
236	Fracturas da anca e da bacia	M
237	Distensões, entorses e luxações da anca, da bacia e da coxa	M
238	Osteomielite	M
239	Fracturas patológicas e doença maligna osteomuscular e do tecido conjuntivo	M

240	Perturbações do tecido conjuntivo, com CC	M
241	Perturbações do tecido conjuntivo, sem CC	M
242	Artrite séptica	M
243	Problemas médicos dorso-lombares	M
244	Doenças dos ossos e artropatias específicas, com CC	M
245	Doenças dos ossos e artropatias específicas, sem CC	M
246	Artropatias não específicas	M
247	Sinais e sintomas do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M
248	Tendinite, miosite e bursite	M
249	Disfunção, reacção ou complicação de dispositivo ou procedimento ortopédico	M
250	Fractura, distensão, entorse e luxação do antebraço, da mão ou do pé, idade >17 anos, com CC	M
251	Fractura, distensão, entorse e luxação do antebraço, da mão ou do pé, idade >17 anos, sem CC	M
252	Fractura, distensão, entorse e luxação do antebraço, da mão ou do pé, idade < 18 anos	M
253	Fractura, distensão, entorse e luxação do antebraço ou da perna, excepto do pé, idade > 17 anos, com CC	M
254	Fractura, distensão, entorse e luxação do antebraço ou da perna, excepto do pé, idade > 17 anos, sem CC	M
255	Fractura, distensão, entorse e luxação do antebraço ou da perna, excepto do pé, idade < 18 anos	M
256	Outros diagnósticos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M
257	Mastectomia total por doença maligna, com CC	C
258	Mastectomia total por doença maligna, sem CC	C
259	Mastectomia subtotal por doença maligna, com CC	C
260	Mastectomia subtotal por doença maligna, sem CC	C
261	Procedimentos na mama por doença não maligna, excepto biópsia e excisão local	C
262	Biópsia e excisão local da mama por doença não maligna	C
263	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou fleimão, com CC	C

264	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou fleimão, sem CC	C
265	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento, excepto por úlcera da pele ou fleimão, com CC	C
266	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento, excepto por úlcera da pele ou fleimão, sem CC	C
267	Procedimentos perianais e pilonidais	C
268	Procedimentos plásticos na pele, no tecido subcutâneo e na mama	C
269	Outras procedimentos na pele, no tecido subcutâneo e na mama, com CC	C
270	Outras intervenções na pele, no tecido subcutâneo e na mama, sem CC	C
271	Úlceras da pele	M
272	Grandes perturbações cutâneas, com CC	M
273	Grandes perturbações cutâneas, sem CC	M
274	Doenças malignas da mama, com CC	M
275	Doenças malignas da mama, sem CC	M
276	Doenças não malignas da mama	M
277	Celulite, idade > 17 anos, com CC	M
278	Celulite, idade > 17 anos, sem CC	M
279	Celulite, idade < 18 anos	M
280	Traumatismos da pele, do tecido subcutâneo e da mama, idade >17 anos, com CC	M
281	Traumatismos da pele, do tecido subcutâneo e da mama, idade > 17 anos, sem CC	M
282	Traumatismos da pele, do tecido subcutâneo e da mama, idade < 18 anos	M
283	Pequenas perturbações cutâneas, com CC	M
284	Pequenas perturbações cutâneas, sem CC	M
285	Amputação de membro inferior por perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas	C
286	Procedimentos nas supra-renais e na hipófise	C
287	Enxerto de pele e desbridamento de feridas por perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas	C
288	Procedimentos para obesidade, em bloco operatório	C

289	Procedimentos nas paratiróides	C
290	Procedimentos na tiróide	C
291	Procedimentos no tiroglossso	C
292	Outros procedimentos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em bloco operatório, com CC	C
293	Outros procedimentos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em bloco operatório, sem CC	C
294	Diabetes, idade > 35 anos	M
295	Diabetes, idade < 36 anos	M
296	Perturbações nutricionais e metabólicas diversas, idade > 17 anos, com CC	M
297	Perturbações nutricionais e metabólicas diversas, idade > 17 anos, sem CC	M
298	Perturbações nutricionais e metabólicas diversas, idade < 18 anos	M
299	Erros inatos do metabolismo	M
300	Perturbações endócrinas, com CC	M
301	Perturbações endócrinas, sem CC	M
302	Transplante renal	C
303	Procedimentos no rim, no ureter e grandes intervenções na bexiga, por neoplasia	C
304	Procedimentos no rim, no ureter e grandes procedimentos na bexiga, por doença não maligna, com CC	C
305	Procedimentos no rim, no ureter e grandes procedimentos na bexiga, por doença não maligna, sem CC	C
306	Prostatectomia, com CC	C
307	Prostatectomia, sem CC	C
308	Pequenos procedimentos na bexiga, com CC	C
309	Pequenos procedimentos na bexiga, sem CC	C
310	Procedimentos transuretrais, com CC	C
311	Procedimentos transuretrais, sem CC	C
312	Procedimentos uretrais, idade > 17 anos, com CC	C
313	Procedimentos uretrais, idade > 17 anos, sem CC	C
314	Procedimentos uretrais, idade < 18 anos	C

315	Outros procedimentos no rim e nas vias urinárias, em bloco operatório	C
316	Insuficiência renal	M
317	Internamento para diálise renal	M
318	Neoplasias dos rins e das vias urinárias, com CC	M
319	Neoplasias dos rins e das vias urinárias, sem CC	M
320	Infecções dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, com CC	M
321	Infecções dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, sem CC	M
322	Infecções dos rins e das vias urinárias, idade <18 anos	M
323	Cálculos urinários, com CC e/ou litotricia extracorporal por ondas de choque	M
324	Cálculos urinários, sem CC	M
325	Sintomas e sinais dos rins e das vias urinárias, idade > 17 anos, com CC	M
326	Sintomas e sinais dos rins e das vias urinárias, idade > 17 anos, sem CC	M
327	Sintomas e sinais dos rins e das vias urinárias, idade < 18 anos	M
328	Estenose uretral, idade > 17 anos, com CC	M
329	Estenose uretral, idade > 17 anos, sem CC	M
330	Estenose uretral, idade < 18 anos	M
331	Outros diagnósticos dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, com CC	M
332	Outros diagnósticos dos rins e das vias urinárias, idade > 17 anos, sem CC	M
333	Outros diagnósticos dos rins e das vias urinárias, idade < 18 anos	M
334	Grandes procedimentos pélvicos masculinos, com CC	C
335	Grandes procedimentos pélvicos masculinos, sem CC	C
336	Prostatectomia transuretral, com CC	C
337	Prostatectomia transuretral, sem CC	C
338	Procedimentos nos testículos, por doença maligna	C
339	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade > 17 anos	C
340	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade < 18 anos	C
341	Procedimentos no pênis	C
342	Circuncisão, idade > 17 anos	C

343	Circuncisão, idade < 18 anos	C
344	Outros procedimentos, em bloco operatório, no aparelho reprodutor masculino, por doença maligna	C
345	Outros procedimentos, em bloco operatório, no aparelho reprodutor masculino, excepto por doença maligna	C
346	Doença maligna do aparelho reprodutor masculino, com CC	M
347	Doença maligna do aparelho reprodutor masculino, sem CC	M
348	Hipertrofia prostática benigna, com CC	M
349	Hipertrofia prostática benigna, sem CC	M
350	Inflamações do aparelho reprodutor masculino	M
351	Esterilização masculina	M
352	Outros diagnósticos do aparelho reprodutor masculino	M
353	Evisceração pélvica/histerectomia e vulvectomia radicais	C
354	Procedimentos no útero e seus anexos, por doença maligna, excepto do ovário e seus anexos, com CC	C
355	Procedimentos no útero e seus anexos, por doença maligna, excepto do ovário e seus anexos, sem CC	C
356	Procedimentos reconstrutivos do aparelho reprodutor feminino	C
357	Procedimentos no útero e seus anexos, por doença maligna dos ovários ou dos seus anexos	C
358	Procedimentos no útero e seus anexos, por carcinoma in situ e doença não maligna, com CC	C
359	Procedimentos no útero e seus anexos, por carcinoma in situ e doença não maligna, sem CC	C
360	Procedimentos na vagina, colo do útero e vulva	C
361	Laqueação de trompas, laparoscópica e incisional	C
362	Laqueação de trompas, endoscópica	C
363	Dilatação e curetagem, conização e implantação de rádio, por doença maligna	C
364	Dilatação e curetagem e conização, excepto por doença maligna	C
365	Outros procedimentos no aparelho reprodutor feminino, em bloco operatório	C

366	Doença maligna do aparelho reprodutor feminino, com CC	M
367	Doença maligna do aparelho reprodutor feminino, sem CC	M
368	Infecções do aparelho reprodutor feminino	M
369	Perturbações menstruais e outras perturbações do aparelho reprodutor feminino	M
370	Cesariana, com CC	C
371	Cesariana, sem CC	C
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	M
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	M
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem	C
375	Parto vaginal, com procedimento em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	C
376	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, sem procedimento em bloco operatório	M
377	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, com procedimento em bloco operatório	C
378	Gravidez ectópica	M
379	Ameaça de aborto	M
380	Aborto, sem dilatação e curetagem	M
381	Aborto, com dilatação e curetagem, curetagem de aspiração ou histerectomia	C
382	Falso trabalho de parto	M
383	Outros diagnósticos pré-parto, com complicações médicas	M
384	Outros diagnósticos pré-parto, sem complicações médicas	M
392	Esplenectomia, idade > 17 anos	C
393	Esplenectomia, idade < 18 anos	C
394	Outros procedimentos em bloco operatório, nos órgãos do sangue e hematopoiéticos	C
395	Perturbações dos eritrócitos, idade > 17 anos	M
397	Perturbações da coagulação	M
398	Perturbações do sistema retículo-endotelial e da imunidade, com CC	M

399	Perturbações do sistema retículo-endotelial e da imunidade, sem CC	M
401	Linfoma e leucemia não aguda, com outros procedimentos em bloco operatório, com CC	C
402	Linfoma e leucemia não aguda, com outros procedimentos em bloco operatório, sem CC	C
403	Linfoma e leucemia não aguda, com CC	M
404	Linfoma e leucemia não aguda, sem CC	M
406	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com grandes procedimentos em bloco operatório, com CC	C
407	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com grandes procedimentos em bloco operatório, sem CC	C
408	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com outros procedimentos em bloco operatório	C
409	Radioterapia	M
410	Quimioterapia	M
413	Outras Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com CC	M
414	Outras Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, sem CC	M
415	Procedimentos, em bloco operatório, por doenças infecciosas e parasitárias	C
416	Septicémia, idade > 17 anos	M
417	Septicémia, idade < 18 anos	M
418	Infecções pós-operatórias e pós-traumáticas	M
419	Síndrome febril indeterminada, idade > 17 anos, com CC	M
420	Síndrome febril indeterminada, idade > 17 anos, sem CC	M
421	Doença viral, idade > 17 anos	M
422	Doença viral e síndrome febril indeterminada, idade < 18 anos	M
423	Outros diagnósticos de doenças infecciosas e parasitárias	M
424	Procedimentos em bloco operatório, com o diagnóstico principal de doença mental	C
425	Reacções agudas de adaptação e doenças de disfunção psico-social	M
426	Neuroses depressivas	M

427	Neuroses excepto as depressivas	M
428	Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos	M
429	Perturbações orgânicas e atraso mental	M
430	Psicoses	M
431	Perturbações mentais da infância	M
432	Outros diagnósticos de perturbações mentais	M
439	Enxertos cutâneos por lesão traumática	C
440	Desbridamento de ferida por lesão traumática, excepto feridas abertas	C
441	Procedimentos na mão por lesões traumáticas	C
442	Outros procedimentos no bloco operatório, por lesão traumática, com CC	C
443	Outros procedimentos no bloco operatório, por lesão traumática, sem CC	C
444	Lesões traumáticas, de locais não especificados, ou múltiplos idade > 17 anos, com CC	M
445	Lesões traumáticas, de locais não especificados, ou múltiplos, idade > 17 anos, sem CC	M
446	Lesões traumáticas de locais não especificados ou múltiplos, idade < 18 anos	M
447	Reacções alérgicas, idade > 17 anos	M
448	Reacções alérgicas, idade < 18 anos	M
449	Intoxicações e efeitos tóxicos de drogas, idade > 17 anos, com CC	M
450	Intoxicações e efeitos tóxicos de drogas, idade > 17 anos, sem CC	M
451	Intoxicações e efeitos tóxicos de drogas, idade < 18 anos	M
452	Complicações de tratamento, com CC	M
453	Complicações de tratamento, sem CC	M
454	Outros diagnósticos de lesão traumática, intoxicação e efeitos tóxicos, com CC	M
455	Outros diagnósticos de lesão traumática, intoxicação e efeitos tóxicos, sem CC	M
461	Procedimentos em bloco operatório, com diagnóstico de outros contactos com os serviços de saúde	C
462	Reabilitação	M

463	Sinais e sintomas, com CC	M
464	Sinais e sintomas, sem CC	M
465	Continuação de cuidados, com história de doença maligna como diagnóstico adicional	M
466	Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional	M
467	Outros factores com influência no estado de saúde	M
468	Procedimentos extensos, em bloco operatório, não relacionados com o diagnóstico principal	C
469	Diagnóstico principal não válido como diagnóstico de alta	O
470	Não agrupável	O
471	Grandes procedimentos bilaterais ou múltiplos nas articulações dos membros inferiores	C
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório	M
476	Procedimento prostático, em bloco operatório, não relacionado com o diagnóstico principal	C
477	Procedimentos não extensos, em bloco operatório, não relacionados com o diagnóstico principal	C
478	Outros procedimentos vasculares, com CC	C
479	Outros procedimentos vasculares, sem CC	C
480	Transplante hepático	C
482	Traqueostomia por diagnósticos da face, boca e pescoço	C
483	Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou pescoço	C
491	Grandes procedimentos nas articulações e reimplantação do membro superior	C
493	Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, com CC	C
494	Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, sem CC	C
530	Craniotomia com CC major	C
531	Procedimentos no sistema nervoso excepto craniotomia, com CC major	C
532	Acidente isquémico transitório, oclusões pré-cerebrais, convulsões e cefaleias, com CC major	M

533	Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias, com CC major	M
534	Procedimentos oculares, com CC major	C
535	Perturbações oculares, com CC major	M
536	Procedimentos no ouvido, nariz, boca e garganta, excepto os major na cabeça ou no pescoço, com CC major	C
538	Procedimentos major no tórax, com CC	C
539	Procedimentos respiratórios excepto os major no tórax, com CC major	C
540	Infecções e inflamações respiratórias, com CC major	M
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	M
542	Bronquite e asma, com CC major	M
543	Perturbações circulatórias, excepto enfarte agudo do miocárdio, endocardite, insuficiência cardíaca congestiva e arritmia, com CC major	M
544	Insuficiência cardíaca congestiva e arritmia cardíaca, com CC major	M
545	Procedimento em válvula cardíaca, com CC major	C
546	Bypass coronário com CC major	C
547	Outros procedimentos cardiotorácicos, com CC major	C
548	Outros procedimentos com implantes/revisão de pacemaker cardíaco ou com cardiodesfibrilhador com CC major	C
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major	C
550	Outros procedimentos vasculares, com CC major	C
551	Esofagite, gastrite e úlceras não complicadas, com CC major	M
552	Transtornos do aparelho digestivo, excepto esofagite, gastrite e úlceras não complicadas, com CC major	M
553	Procedimentos no aparelho digestivo, excepto em hérnia ou major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso com CC major	C
554	Intervenções por hérnia, idade < 18 anos, com CC major	C
555	Procedimentos no pâncreas, fígado, e outros nas vias biliares, excepto transplante hepático, com CC major	C
556	Colecistectomia e outros procedimentos hepatobiliares, com CC major	C

557	Perturbações hepatobiliares e pancreáticas, com CC major	M
558	Procedimentos major no sistema osteomuscular, excepto procedimentos articulares bilaterais ou múltiplos major, com CC major	C
559	Procedimentos no sistema osteomuscular, não major, com CC major	C
560	Transtornos do sistema osteomuscular, excepto osteomielite, artrite séptica ou transtornos do tecido conjuntivo, com CC major	M
561	Osteomielite, artrite séptica e transtornos do tecido conjuntivo, com CC major	M
562	Transtornos major da pele e da mama, com CC major	M
563	Outras perturbações da pele, com CC major	M
564	Procedimentos na pele e na mama, com CC major	C
565	Procedimentos endócrinos, nutricionais e metabólicos, excepto amputação de membro inferior, com CC major	C
566	Perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas, excepto transtornos alimentares ou fibrose cística, com CC major	M
567	Procedimentos nos rins e nas vias urinárias, excepto transplante renal, com CC major	C
568	Insuficiência renal, com CC major	M
569	Perturbações dos rins e das vias urinárias, excepto insuficiência renal, com CC major	M
570	Perturbações do aparelho reprodutor masculino com CC major	M
571	Procedimentos no aparelho reprodutor masculino com CC major	C
572	Perturbações do aparelho reprodutor feminino com CC major	M
573	Procedimentos não radicais, no aparelho reprodutor feminino com CC major	C
574	Perturbações do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e perturbações imunológicas, com CC major	M
575	Procedimentos no sangue, órgãos hematopoiéticos e imunológicos com CC major	C
576	Leucemia aguda, com CC major	M
577	Perturbações mieloproliferativas e neoplasias mal diferenciadas, com CC major	M
578	Linfoma e leucemia não aguda, com CC major	M

579	Procedimentos por linfoma, leucemia ou transtornos mieloproliferativos, com CC major	C
580	Infecções sistémicas e perturbações parasitárias, excepto septicemia, com CC major	M
581	Procedimentos por infecções sistémicas e perturbações parasitárias, com CC major	C
582	Lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major	M
583	Procedimentos por lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major	C
584	Septicémia, com CC major	M
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso, com CC major	C
586	Transtornos do ouvido, nariz, boca e garganta, idade > 17 anos, com CC major	M
587	Transtornos do ouvido, nariz, boca e garganta, idade < 18 anos, com CC major	M
602	Recém-nascido, peso ao nascer < 750 g, alta vivo	M
603	Recém-nascido, peso ao nascer < 750 g, falecido	M
604	Recém-nascido, peso ao nascer 750-999 g, alta vivo	M
605	Recém-nascido, peso ao nascer 750-999 g, falecido	M
606	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1000 e 1499g, com procedimentos significativos em bloco operatório, alta vivo	C
607	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1000 e 1499g, sem procedimentos significativos em bloco operatório, alta vivo	M
608	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1000 e 1499g, falecido	M
609	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, com procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas major	C
610	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, com procedimento significativo em bloco operatório, sem múltiplos problemas major	C
611	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas major	M
612	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com problema major	M
613	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com problema minor	M

614	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com outros problemas	M
615	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas major	C
616	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, sem múltiplos problemas major	C
617	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas major	M
618	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com problema major	M
619	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com problema minor	M
620	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com diagnóstico de recém-nascido normal	M
621	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com outros problemas	M
622	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas major	C
623	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, sem múltiplos problemas major	C
624	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, com procedimento abdominal minor	C
626	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas major	M
627	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com problema major	M
628	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com problema minor	M
629	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com diagnóstico de recém-nascido normal	M
630	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com outros problemas	M
631	Doenças broncopulmonares e outras doenças respiratórias crônicas com origem no período perinatal	M
633	Anomalias congénitas, múltiplas, outras e não especificadas, com CC	M

634	Anomalias congênitas, múltiplas, outras e não especificadas, sem CC	M
635	Continuação de cuidados com recém-nascidos para aumento de peso	M
636	Continuação de cuidados no lactente para aumento de peso, idade >28 dias e <1 ano	M
637	Recém-nascido morto, no primeiro dia de vida, nascido no hospital relator	M
638	Recém-nascido morto, no primeiro dia de vida, nascido fora do hospital relator	M
639	Recém-nascido transferido, com menos de cinco dias, de idade, nascido no hospital relator	M
640	Recém-nascido transferido, com menos de cinco dias, de idade, nascido fora do hospital relator	M
641	Recém-nascido, peso ao nascer >2499 g, com oxigenação por membrana extracorporeal	C
650	Cesariana de alto risco, com CC	C
651	Cesariana de alto risco, sem CC	C
652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	C
700	Traqueostomia por infecção do vírus da imunodeficiência humana	C
701	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório e ventilação ou suporte nutricional	C
702	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório e múltiplas infecções relacionadas major	C
703	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório e diagnóstico relacionado major	C
704	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório, sem diagnóstico relacionado major	C
705	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com múltiplas infecções relacionadas major, com tuberculose	M
706	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com múltiplas infecções relacionadas major, sem tuberculose	M
707	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com suporte nutricional ou de ventilador	M
708	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado major, alta contra parecer médico	M
709	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com múltiplos	M

	diagnósticos relacionados major ou diagnósticos significativos, com tuberculose	
710	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com múltiplos diagnósticos relacionados major ou diagnósticos significativos, sem tuberculose	M
711	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado major, sem múltiplos diagnósticos relacionados major ou diagnósticos significativos, com tuberculose	M
712	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado major, sem múltiplos diagnósticos relacionados major ou diagnósticos significativos, sem tuberculose	M
713	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado significativo, alta contra parecer médico	M
714	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado significativo	M
715	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com outros diagnósticos relacionados	M
716	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, sem outros diagnósticos relacionados	M
730	Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos	C
731	Procedimentos na coluna, anca, fêmur ou membro, por traumatismos múltiplos significativos	C
732	Outros procedimentos em bloco operatório, por traumatismos múltiplos significativos	C
733	Diagnósticos de traumatismos múltiplos significativos da cabeça, tórax e membros inferiores	M
734	Outros diagnósticos de traumatismos múltiplos significativos	M
737	Revisão de shunt ventricular	C
738	Craniotomia, idade < 18 anos, com CC	C
739	Craniotomia, idade < 18 anos, sem CC	C
740	Fibrose cística	M
743	Abuso ou dependência de opiáceos, alta contra parecer médico	M
744	Abuso ou dependência de opiáceos, com CC	M
745	Abuso ou dependência de opiáceos, sem CC	M
746	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, alta contra parecer	M

	médico	
747	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, com CC	M
748	Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, sem CC	M
749	Abuso ou dependência do álcool, alta contra parecer médico	M
750	Abuso ou dependência do álcool, com CC	M
751	Abuso ou dependência do álcool, sem CC	M
752	Intoxicação pelo chumbo	M
753	Reabilitação de perturbações nutricionais compulsivas	M
754	Cuidados terciários, idade superior ou igual a 1 ano	M
755	Artrodese vertebral com CC	C
756	Artrodese vertebral sem CC	C
757	Procedimentos no dorso e pescoço, excepto artrodese vertebral com CC	C
758	Procedimentos no dorso e pescoço, excepto artrodese vertebral sem CC	C
759	Implantes cocleares de canal múltiplo	C
760	Hemofilia por perturbações congénitas dos factores VIII e IX	M
761	Estupor e coma traumático, coma de duração > 1 hora	M
762	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade < 18 anos	M
763	Estupor e coma traumático, coma < 1 hora, idade < 18 anos	M
764	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade > 17 anos, com CC	M
765	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade > 17 anos, sem CC	M
766	Estupor e coma traumático, coma < 1 hora, idade > 17 anos, com CC	M
767	Estupor e coma traumático, coma < 1 hora, idade > 17 anos, sem CC	M
768	Convulsões e cefaleias, idade < 18 anos, com CC	M
769	Convulsões e cefaleias, idade < 18 anos, sem CC	M
770	Infecções e inflamações respiratórias, idade < 18 anos, com CC	M
771	Infecções e inflamações respiratórias, idade < 18 anos, sem CC	M
772	Pneumonia e pleurisia simples, idade < 18 anos, com CC	M

773	Pneumonia e pleurisia simples, idade < 18 anos, sem CC	M
774	Bronquite e asma, idade < 18 anos, com CC	M
775	Bronquite e asma, idade < 18 anos, sem CC	M
776	Esofagite, gastroenterite e perturbações digestivas diversas, idade < 18 anos, com CC	M
777	Esofagite, gastroenterite e perturbações digestivas diversas, idade <18 anos, sem CC	M
778	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade <18 anos, com CC	M
779	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade <18 anos, sem CC	M
780	Leucemia aguda sem procedimento major em bloco operatório, idade < 18 anos, com CC	M
781	Leucemia aguda sem procedimento major em bloco operatório, idade < 18 anos, sem CC	M
782	Leucemia aguda sem procedimento major em bloco operatório, idade > 17 anos, com CC	M
783	Leucemia aguda sem procedimento major em bloco operatório, idade > 17 anos, sem CC	M
784	Anemia hemolítica adquirida ou crise de anemia falciforme, idade < 18 anos	M
785	Outros transtornos dos eritrócitos, idade < 18 anos	M
786	Procedimentos major na cabeça e no pescoço, por doença maligna	C
787	Colecistectomia laparoscópica com exploração do colédoco	C
789	Procedimentos articulares major e de reimplantação de membro inferior, excepto substituição da anca, por diagnóstico principal de complicação	C
790	Desbridamento de ferida e enxerto de pele por ferida aberta, perturbações musculoesqueléticas, e do tecido conjuntivo, excepto mão	C
791	Desbridamento de feridas por lesão traumática, com ferida aberta	C
792	Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos, com CC major não traumáticas	C
793	Procedimentos por traumatismos múltiplos significativos, excepto craniotomia, com CC major não traumáticas	C
794	Diagnósticos de traumatismos múltiplos significativos, com CC major não traumáticas	M
795	Transplante de pulmão	C

796	Revascularização de membro inferior, com CC	C
797	Revascularização de membro inferior, sem CC	C
798	Tuberculose, com procedimento em bloco operatório	C
799	Tuberculose, alta contra parecer do médico	M
800	Tuberculose com CC	M
801	Tuberculose sem CC	M
802	Pneumocistose	M
803	Transplante de medula óssea alogénico	C
804	Transplante de medula óssea autólogo	C
805	Transplante simultâneo de rim e de pâncreas	C
806	Fusão vertebral combinada anterior/posterior com CC	C
807	Fusão vertebral combinada anterior/posterior sem CC	C
808	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C
809	Outros procedimentos cardiotorácicos, com diagnóstico principal de anomalia congénita	C
810	Hemorragia intracraniana	M
811	Implantação de dispositivo de assistência ao coração	C
812	Disfunção, reacção e complicação de dispositivo ou procedimento em bloco operatório, cardíaco ou vascular	M
813	Gastrenterites não bacterianas e dor abdominal, idade > 17 anos, com CC	M
814	Gastrenterites não bacterianas e dor abdominal, idade > 17 anos, sem CC	M
815	Gastrenterites não bacterianas e dor abdominal, idade < 18 anos, com CC	M
816	Gastrenterites não bacterianas e dor abdominal, idade < 18 anos, sem CC	M
817	Substituição da anca, por complicações	C
818	Substituição da anca, excepto por complicações	C
819	Colocação, revisão ou remoção de dispositivo de acesso renal	C
820	Disfunção, reacção e complicações de dispositivo/enxerto/transplante geniturinário	M
821	Queimaduras extensas, de 3º grau, com enxerto de pele	C

822	Queimaduras extensas, de 3º grau, sem enxerto de pele	M
823	Queimadura da espessura total da pele, com enxerto da pele ou lesão de inalação, com CC major ou traumatismos significativos	C
824	Queimadura da espessura total da pele, com enxerto da pele ou lesão de inalação, sem CC major ou traumatismos significativos	C
825	Queimadura da espessura total da pele, sem enxerto da pele ou lesão de inalação, com CC major ou traumatismos significativos	M
826	Queimadura da espessura total da pele, sem enxerto da pele ou lesão de inalação, sem CC major ou traumatismos significativos	M
827	Queimaduras não extensas, com lesão de inalação, CC ou traumatismos significativos	M
828	Queimaduras não extensas, sem lesão de inalação, CC ou traumatismos significativos	M
829	Transplante de pâncreas	C
832	Isquemia transitória	M
833	Procedimentos vasculares intracranianos, com diagnóstico principal de hemorragia	C
836	Procedimentos vertebrais, com CC	C
837	Procedimentos vertebrais, sem CC	C
838	Procedimentos extracranianos, com CC	C
839	Procedimentos extracranianos, sem CC	C
849	Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C
850	Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C
851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco	C
852	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent não eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio	C
853	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, com enfarte agudo do miocárdio	C
854	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio	C
864	Artrodese vertebral, cervical, com CC	C
865	Artrodese vertebral, cervical, sem CC	C

866	Excisão local e remoção de dispositivo de fixação interna, excepto da anca e fémur, com CC	C
867	Excisão local e remoção de dispositivo de fixação interna, excepto da anca e fémur, sem CC	C
874	Linfoma e leucemia, com procedimento major em bloco operatório, com CC	C
875	Linfoma e leucemia, com procedimento major em bloco operatório, sem CC	C
876	Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterápico	M

Anexo C: GDH AP 21

(Fonte: Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho - Agrupador AP 21)