



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 8 • Março 2009

Contratualização e financiamento

Professor Doutor Fernando Araújo

Vice-Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte
Presidente da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

RESUMO

A contratualização e o financiamento foram das áreas identificadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) como constituindo um dos principais constrangimentos ao desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CA). Era importante alterar esta situação, conseguindo de forma profunda privilegiar o seu financiamento, quando comparado com a cirurgia convencional com internamento, mas pela positiva: premiando quem opta por essa modalidade, em vez de penalizar quem mantém a opção da pela cirurgia convencional. Na fase actual, a penalização poderia colocar numa situação de insustentabilidade financeira várias das instituições hospitalares. A CNADCA pensa que será necessário um período de 3 anos, para que os hospitais procedam às alterações internas necessárias, e que a partir desse momento a filosofia do financiamento se possa alterar, penalizando quem não opta pela CA, quando clinicamente aconselhável.

As propostas de alterações ao sistema de contratualização e financiamento da CA, incluíram medidas em várias áreas:

- Actualização da codificação de procedimentos para CA, de forma a que todos os que potencialmente que pudessem ser praticados neste tipo de abordagem o fossem efectivamente: a decisão de determinada cirurgia ser efectuada em Cirurgia de Ambulatório ou Cirurgia Convencional (com Internamento) deveria ser baseada apenas em questões de ordem clínica ou social e nunca em critérios administrativo-financeiros.
- Actualização do financiamento dos procedimentos efectuados em CA, de forma a estimular a substituição da cirurgia com internamento (pagamentos similares, mas custos substancialmente inferiores).
- Alteração à lotação cirúrgica dos hospitais, para estimular a sua redução gradual e tal tornar-se um instrumento da mudança.
- Peso da CA no contrato-programa, com crescimentos progressivos, à medida que os constrangimentos de ordem física ou financeira são reduzidos ou eliminados.

A teoria das propostas baseia-se na necessidade de criar uma dinâmica, entre os profissionais de saúde, estimulando a mudança e que se tal for suficientemente apelativo que crie essa transformação, tal tornar-se-á irreversível: isto é, propõe-se uma política activa de estímulos durante 3 anos, sendo expectável que após esse período estejamos num nível adequado e sem possibilidade de retorno.

1. INTRODUÇÃO

O modelo actual de financiamento hospitalar tem por base o pagamento dos serviços de saúde efectivamente prestados e previamente contratualizados, de modo a gerar uma superior eficiência produtiva, económica e distributiva. Deste modo, os Contratos-Programa definem o montante financeiro a pagar pela entidade contratante (Ministério da Saúde), pela pres-

tação de serviços de saúde assegurada pelo hospital a utentes do Serviço Nacional de Saúde e por obrigações decorrentes do Serviço Público de Saúde.

O **Contrato-Programa** é um instrumento complexo, que engloba várias linhas de produção que, no ano de 2008, são as seguintes:

- a) Internamento de agudos e de crónicos;
- b) Ambulatório médico e cirúrgico;
- c) Consultas externas (primeiras e subsequentes);



- d) Atendimentos urgentes;
- e) Sessões de hospital de dia
- f) Serviço domiciliário.

Por outro lado, existem linhas específicas no âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde, que se traduzem por financiamentos verticais, nomeadamente: *(i)* tratamento de doentes com VIH; *(ii)* aperfeiçoamento do registo oncológico; *(iii)* criação de centros de excelência que acompanhem as grávidas seguidas em centros de saúde, de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal; *(iv)* interrupção da gravidez até às 10 semanas; *(v)* gestão integrada da doença renal crónica – diálise; *(vi)* medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, da responsabilidade financeira destas instituições.

Para além destas áreas específicas, existe ainda financiamento autónomo para a formação de médicos e para o sistema de custeio por actividades.

O contrato-programa para 2008 continua a incluir programas específicos para as seguintes áreas: melhoria da resposta na área dos Cuidados Continuados Integrados – Unidades de Convalescença, Paliativos e AVC; Ajudas Técnicas; Assistência Médica no Estrangeiro; Assistência Médica a recém-nascidos e grávidas de Elvas com partos no Hospital Materno-Infantil de Badajoz; Assistência na área da saúde mental prestada por Ordens Religiosas; Acessos Vasculares; Convenções Internacionais; Diagnóstico da Retinopatia Diabética; Doenças Lisossomais de Sobrecarga; Incentivos aos Transplantes.

Associadas a estas linhas de actividade existe uma **Tabela de Preços** que, para o ano de 2008 e no que concerne à produção médica e cirúrgica efectuada no ambulatório e no internamento classificada em GDH (Quadro 1).

Os Contratos-Programa também incluem **incentivos associados ao cumprimento de objectivos de qualidade, acessibilidade e desempenho**. A contratualização destas metas de desempenho tem inerente a criação de um aumento dos níveis de exigência e de responsabilização.

A constituição destes indicadores permite que a tutela dê orientações estratégicas relativamente ao desempenho que espera de cada unidade. Os objectivos fixados estão associados a um sistema de avaliação de desempenho e a uma política de incentivos.

Neste âmbito, o ‘peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas’ tem sido sempre utilizado como um dos importantes indicadores a monitorizar e avaliar, dependendo do seu efectivo cumprimento uma parte do financiamento que o hospital poderá receber.

Neste modelo utilizado em Portugal, a CNADCA defende o aumento do financiamento da produção em Cirurgia de Ambulatório directamente às Instituições, através da contratualização, direccionando a sua actividade no interesse dos utentes.

Pretende-se que a estratégia implementada tenha um impacto decisivo na mudança de práticas de toda a estrutura hospitalar, podendo ser adaptada local-

Quadro 1 – Actividade de Internamento e Ambulatório classificada em GDH

| ACTIVIDADE DE INTERNAMENTO E AMBULATÓRIO CLASSIFICADA EM GDH (PREÇO BASE) | |
|---|---------------|
| Grupos de Financiamento Hospitalar | Preços (2008) |
| 1 | 2396,25 |
| 2 | 2396,25 |
| 3 | 1841,56 |
| 4 | 1936,91 |



Quadro 2 – Objectivos de Qualidade e Eficiência para o ano de 2008

| OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA – ANO DE 2008 OBJECTIVOS INSTITUCIONAIS COMUNS (45% DO TOTAL) | |
|--|-----|
| Qualidade e Serviço | |
| Taxa de (re)admissão no Internamento nos 1 ^{os} 5 dias (%) | 15% |
| Número de profissionais envolvidos em programas de formação na área do controlo de infecção | 15% |
| Acesso | |
| Nº doentes referenciados para RNCC/Nº de doentes saídos nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia (%) | 15% |
| Peso das 1 ^{as} Consultas no Total Consultas Médicas | 15% |
| Desempenho Assistencial | |
| Peso da Cirurgia de Ambulatório no total Cirurgias Programadas (%) | 10% |
| Demora Média | 10% |
| Desempenho Económico/Financeiro | |
| Custo unitário por doente padrão | 10% |
| Resultado operacional (€) | 10% |

mente a cada instituição, se os conselhos de administração procederem à contratualização com os departamentos e serviços, na mesma linha pragmática, e estes com os profissionais individualmente.

2. PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES AO SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

2.1. Tabela de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde

2.1.1. Codificação de procedimentos para Cirurgia de Ambulatório

O primeiro constrangimento identificado por todos hospitais, na questão do financiamento, prende-se com o facto de procedimentos potencialmente reali-

záveis em CA não estarem previstos na Tabela de Preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro (Portaria), o que significa que, caso os hospitais os efectuem em ambulatório, não serão por tal ressarcidos.

A actualização da tabela de preços do SNS é um procedimento moroso, complicado, exigindo múltiplas reuniões de consenso entre peritos para a sua formulação e depois um processo, por vezes longo, de aprovações até à sua publicação. Destes factos, ressalta que o tempo que medeia entre a possibilidade da execução de determinados procedimentos em regime de ambulatório e a sua inclusão nas Tabelas, pode ser moroso.

Um sistema que não financia todos os procedimentos cirúrgicos que devem ser realizados em ambulatório desencoraja a sua execução. Por outro lado, a sua



não execução parece evidenciar, a quem analisa os números, de que não vale a pena incluir na Tabela, pois tais procedimentos não são realizados. A única forma de alterar este ciclo vicioso será suportando a definição de preços em evidência clínica e nos resultados dos estudos de avaliação económica efectuados pelas entidades competentes, possibilitando assim, através da criação de preços, a realização de um leque alargado de procedimentos, estimulando a sua realização, mesmo que, em alguns casos, eles ainda não sejam frequentemente efectuados.

Desta forma, será possível acompanhar a evolução da medicina e dos dispositivos e técnicas cirúrgicas, que tem sido exponencial. Por outro lado, a abertura desta possibilidade, permite a sua realização, aquisição de experiência e a sua natural difusão, tendo a noção de que nenhum médico irá efectuar uma técnica se para tal não existir indicação clínica.

Pretende-se, no final deste processo, que a decisão de determinada cirurgia ser efectuada em Cirurgia de Ambulatório ou Cirurgia Convencional (com Internamento) seja baseada apenas em questões de ordem clínica ou social e nunca em critérios administrativo-financeiros.

Assim, deveria ser considerado que a Tabela de preços do SNS e sua regulamentação não deveriam andar atrás da Medicina, mas acompanhá-la, servindo de suportes à sua evolução: usar a contratualização e o financiamento como instrumentos estratégicos na mudança da prática e desempenho das organizações.

Desta forma, a CNADCA propõe que todos os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) cirúrgicos, que constam na Portaria e cujo limiar inferior de internamento (Lim_Inf) seja igual ou inferior a 4 dias passem a ter 'Peso Relativo em Ambulatório'. Esta pequena 'revolução' administrativa, que inclui 153 GDH, permitiria que a Tabela passasse a contemplar todos os procedimentos actualmente efectuados em CA e os que se prevê possam vir a ser efectuados a curto/médio prazo. Isto é, tornava desnecessário alterar a tabela nos próximos anos, sem nenhuma desvantagem aparente para o sistema (1ª Medida). De sublinhar que, na Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro,

apenas existem 89 GDH Cirúrgicos ('C') com 'Peso Relativo em Ambulatório' (nesse sentido, esta proposta propõe aumentar em cerca de 172% a realidade actual).

Para além das mais-valias na mudança de cultura, organização e funcionamento, com vantagens para os doentes e para o SNS, esta medida constituiria um estímulo relevante para a realização de CA, corresponderia em muitos casos à prática actual (ex. GDH 228, possui Lim_Inf 1 dia e não possui preço para CA; resultado, em 2003 mais de 25% dos casos foram efectuados em menos de 24 horas ou um dia de internamento) e resolveria alguns problemas de incongruência da Tabela actual (alguns GDHs com 4 ou mais dias de Lim_Inf possuem preço para CA, como por ex. o GDH 803 com 10 dias e o GDH 120 com 4 dias; e outros com 1 dia não possuem, como por ex. o GDH 228).

2.1.2. Procedimentos considerados médicos

Uma outra questão prende-se com determinados procedimentos considerados como médicos pela CID 9 MC, base de codificação para o agrupamento de episódios em GDH. Contudo, são procedimentos que devem possuir condições de realização (asepsia, recursos humanos e organização do trabalho) idênticas às de um bloco cirúrgico.

O objectivo não seria alterar o agrupador de GDH, mas apenas a forma de registo (tendo em atenção que a partição entre GDH médicos e cirúrgicos é realizada de acordo com a CID 9 MC, entre o que são considerados *Operating Room Procedures* ou *Non Operating Room Procedures*), sujeitando determinados procedimentos médicos ao registo em bloco operatório. Propõe-se assim:

2ª Medida: Inclusão dos GDH 316, 317, 369, 465 e 466 no âmbito da Cirurgia de Ambulatório.

Ao serem incluídos estes GDH na CA, é um sinal claro para todos os interlocutores (incluindo as administrações hospitalares e a tutela) de que deveriam ser efectuados segundo determinado modelo (definição da estratégia).

Para tal, seria necessário criar preço de ambulatório



para os seguintes GDH quando ocorresse a realização dos seguintes procedimentos:

GDH 316 – Insuficiência renal; Procedimento 38.95 – Cateterização venosa para diálise renal;

GDH 317 – Internamento para diálise renal; Procedimento 97.82 - Remoção de dispositivo de drenagem peritoneal;

GDH 369 – Perturbações menstruais e outras perturbações do aparelho reprodutor feminino; Procedimento 68.12 – Histeroscopia;

GDH 465 – Continuação de cuidados, com história de doença maligna como diagnóstico adicional e *GDH 466* – Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional; Procedimento 86.09 – Incisão da pele ou tecido subcutâneo NCOP.

Os respectivos actos que constam na tabela dos MCDT passariam a ter a indicação para se codificar em termos de CA. Isto é, à semelhança do GDH 351 (Esterilização masculina), que consta na Tabela do SNS como Médico ('M') mas é registado no módulo da Cirurgia de Ambulatório, estes procedimentos seriam englobados nos GDH referidos, sendo validados e facturados como actos de CA.

2.1.3. Pagamento dos procedimentos em Cirurgia de Ambulatório

Uma vez determinados os GDH que devem ser considerados para CA, impõe-se analisar o preço que deverá ser definido na Tabela do SNS e respectivo peso relativo (que traduz a complexidade de cada GDH).

Em termos de análise sobre o impacto financeiro, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) estudou o impacto das medidas propostas pela CNADCA, tendo em consideração as seguintes premissas:

1. Considerar a produção nacional de 2006, utilizando as regras decorrentes da aplicação da Portaria nº 110-A/2007, calculando-se, para todos os GDH, o total de doentes saídos, o total de doentes equivalentes, o total de cirurgias de ambulatório e o total de doentes saídos com um dia de internamento;

2. Considerar, em termos de estimativa de produção para os novos GDH de CA, duas hipóteses:

A) A produção a realizar em ambulatório nos novos GDH seria aquela que em 2006 correspondia às cirurgias de ambulatório e à produção com um dia de internamento (admitindo que, se existisse financiamento e se reunissem as condições clínicas e sociais para serem realizados em regime de ambulatório, teriam alta em menos de 24h);

B) O total de produção classificada nos novos GDH considerados se distribuiria 50% por CA e 50% por Cirurgia Convencional (em internamento);

3. Considerar como Preço Base do estudo o valor em vigor no acordo modificativo de 2008 ao Contrato-Programa de 2007-2009 dos hospitais dos Grupos 1 e 2 (2.396,25 euros);

4. Calcular o Peso Relativo para os novos GDH de acordo com duas hipóteses:

A) Em média, o peso relativo dos GDH de CA, já existentes na tabela de preços do SNS, corresponde a 73,20% do peso relativo dos mesmos GDH em internamento, pelo que se aplicou esta percentagem para os novos GDH considerados;

B) O peso relativo dos GDH para as situações de ambulatório previstas na tabela de preços corresponde à razão entre o Preço Base Nacional (PBN) / Preço GDH Ambulatório. Este último é calculado a partir do Modelo de Imputação de Custos, que integra as seguintes rubricas:

Preço GDH Ambulatório = 100% Bloco Operatório + 50% Radiologia + 50% Laboratório + 50% Medicamentos + 80% Consumos + 0% UCI + 100% Hotelaria (1 Diária) + 100% Médicos (1 Diária) + 100% Administrativos (1 Diária) + 50% Outros.

5. Avaliar a utilização de: i) preços distintos para internamento e ambulatório, subjacentes à Tabela de Preços do SNS; ii) preço único (internamento/ambulatório) para cada GDH, que tivesse implícito uma percentagem considerada adequada de actos realizados em ambulatório no total de episódios.

*Preço Único (internamento e ambulatório) 1 = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= 73,2% do internamento) * % Produção em ambula-*



tório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)]

Preço Único (internamento e ambulatório) 2 = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN) * 50%] + [Novo Peso relativo Ambulatório (= 73,2% do internamento) * 2.396,25 € (PBN) * 50%]

Preço Único (internamento e ambulatório) 3 = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) * % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)]

Preço Único (internamento e ambulatório) 4 = [Peso relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN) * 50%] + [Novo Peso relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) * 2.396,25 € (PBN) * 50%]

No caso das simulações feitas com base num preço único para internamento e ambulatório, e porque este conceito altera a filosofia subjacente à Portaria, foi necessário calcular um preço único para os GDH que já têm valor para ambulatório. Assim:

Preço Único GDH Ambulatório Portaria 110-A/2007 = [Peso relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN) * % Produção em internamento] + [Novo Peso relativo Ambulatório * 2.396,25 € (PBN) * % Produção em Cirurgia de ambulatório].

6. Avaliar o impacto dos GDH de Cardiologia/Hemodinâmica, nomeadamente para os quais já existe preço para ambulatório (GDH 112, 116, 117, 118, 852, 854), e aqueles que, não possuindo preço para ambulatório, têm um Limiar Inferior de Internamento igual ou inferior a 4 dias (GDH 107, 115, 546, 548, 808, 849, 850, 853).

Em termos de impacto financeiro, foram efectuadas 18 simulações diferentes, considerando o enunciado nas premissas anteriores, em termos de produção, peso relativo e preços, considerando-se a produção nos novos GDH de Cirurgia de Ambulatório e, no caso do preço único para internamento e ambulatório, considerando-se também os GDH de cirurgia de ambulatório já existentes.

Simulação I

Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório = Peso Relativo (= 73,2% do peso do internamento) * 2.396,25 € (PBN)

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Simulação II

Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório = Peso Relativo (= 73,2% do internamento) * 2.396,25 € (PBN)

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

Simulação III

Preço Único 1 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (73,2% do internamento) * % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)]

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Simulação IV

Preço Único 1 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (73,2% do internamento) * % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)]

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

Simulação V

Preço Único 2 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * 50% * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (73,2% do internamento) * 50% * 2.396,25 € (PBN)]

Produção Internamento = Total de Doentes equiva-



lentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Simulação VI

*Preço Único 2 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * 50% * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (73,2% do internamento) * 50 % Produção * 2.396,25 € (PBN)]*

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

Simulação VII

*Preço internamento (Internamento e ambulatório) = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

*Preço Ambulatório = Peso Relativo (= Modelo de imputação de custos) * 2.396,25 € (PBN)*

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Simulação VIII

*Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

*Preço Ambulatório = Peso Relativo (= Modelo de imputação de custos) * 2.396,25 € (PBN)*

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

Simulação IX

*Preço Único 3 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) * % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)]*

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Simulação X

*Preço Único 3 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * % Pro-*

*dução em internamento (não considerando os 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) * % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) * 2.396,25 € (PBN)]*

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

Simulação XI

*Preço Único 4 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * 50 % Produção * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) * 50 % Produção * 2.396,25 € (PBN)]*

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Simulação XII

*Preço Único 4 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria nº 110-A/2007 * 50 % Produção * 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) * 50 % Produção * 2.396,25 € (PBN)]*

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

Simulação XIII

*Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

*Preço Ambulatório: Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento * 2.396,25 € (PBN)*

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Simulação XIV

*Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

*Preço Ambulatório: Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento * 2.396,25 € (PBN)*



Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento.

Simulação XV

*Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

Preço Ambulatório GDH Novos = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e < 5 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se considerando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

GDH Novos Produção Internamento = Doentes equivalente – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

GDH Novos Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento.

Simulação XVI

*Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

Preço Ambulatório GDH Novos = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se considerando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento.

Simulação XVII

*Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

Preço Ambulatório GDH Novos, não se considerando os GDH de Hemodinâmica (107, 115, 546, 548, 808, 849, 850, 853) = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e < 5 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se conside-

rando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

GDH Novos Produção Internamento = Doentes equivalente – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

GDH Novos Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento.

Simulação XVIII

*Preço internamento = Peso Relativo Portaria nº 110-A/2007 * 2.396,25 € (PBN)*

Preço Ambulatório GDH Novos, não se considerando os GDH de Hemodinâmica (107, 115, 546, 548, 808, 849, 850, 853) = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se considerando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e " 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento.

Os resultados obtidos foram os resumidos no Quadro 3.

De acordo com os valores apurados, verifica-se que a aplicação de um preço único para ambulatório e internamento resulta, na maior parte das simulações, num decréscimo acentuado entre aquilo que se financiaria com as actuais regras decorrentes da aplicação da Portaria nº 110-A/2007 e o obtido com a implementação de um preço único. Isto porque a aplicação de um preço único para internamento e ambulatório, conforme calculado, levaria sempre a um financiamento mais reduzido do internamento que, em alguns casos, não seria compensado pelo financiamento dos episódios em ambulatório.

Observou-se também que o cálculo dos pesos relativos do ambulatório com base no Modelo de Imputação dos Custos, resulta em pesos relativos inferiores a 73,2% do



Quadro 3 – Resultados das simulações e o seu impacto económico

| Simulação | ICM Internamento | | ICM Ambulatório | | Impacto Económico |
|-----------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|-------------------|
| | Portaria 110-A/2007 | Simulação | Portaria 110-A/2007 | Simulação | |
| I | 1,8154 | 1,8246 | 0,0000 | 0,9951 | 1,12% |
| II | 1,8154 | 1,8119 | 0,0000 | 1,3264 | -12,61% |
| III | 1,1731 | 1,1395 | 0,4592 | 0,5852 | 0,81% |
| IV | 1,1731 | 1,008 | 0,4592 | 0,9801 | 0,27% |
| V | 1,1731 | 1,0597 | 0,4592 | 0,5789 | -5,33% |
| VI | 1,1731 | 0,9519 | 0,4592 | 0,9017 | -5,81% |
| VII | 1,8154 | 1,8246 | 0,0000 | 0,6519 | 0,23% |
| VIII | 1,8154 | 1,8119 | 0,0000 | 0,6659 | -31,01% |
| IX | 1,1731 | 1,1342 | 0,4592 | 0,5844 | 0,40% |
| X | 1,1731 | 0,9975 | 0,4592 | 0,9748 | -0,14% |
| XI | 1,1731 | 0,9433 | 0,4592 | 0,5708 | -14,25% |
| XII | 1,1731 | 0,8808 | 0,4592 | 0,7876 | -14,66% |
| XIII | 1,8154 | 1,8246 | 0,0000 | 1,0933 | 1,38% |
| XIV | 1,8154 | 1,8119 | 0,0000 | 1,3955 | -10,69% |
| XV | 1,2277 | 1,2266 | 0,5668 | 0,6848 | 2,76% |
| XVI | 1,2277 | 1,0662 | 0,5668 | 0,9656 | -4,03% |
| XVII | 1,1979 | 1,1970 | 0,5668 | 0,6825 | 2,82% |
| XVIII | 1,1979 | 1,0458 | 0,5668 | 0,9457 | -3,72% |

peso relativo do internamento, o que implicaria um financiamento do ambulatório mais reduzido.

A opção de se considerar 50% da produção como sendo realizada em internamento e 50% em ambulatório (valor desejável de ser atingido, utilizado como previsão do que pode constituir a percentagem de ambulatório num futuro a médio prazo), leva a um decréscimo acentuado no valor que se pagaria pelo internamento e um aumento significativo do valor do

ambulatório, como seria expectável, e teria como consequência final uma redução do financiamento global.

Desta forma, a CNADCA propõe como medidas para alterar o financiamento da cirurgia de ambulatório, no que concerne ao valor dos GDH e após terem sido considerados os 158 GDH identificados como passíveis de conterem procedimentos que devem ser realizados em CA (excluindo os procedimentos de Cardiologia/Hemodinâmica):



Quadro 4 – Impacto económico das várias simulações

| Simulação | Valores Absolutos Tabela de preços em vigos (em euros) | | Valores Absolutos Simulação (em euros) | | Impacto Económico |
|-----------|---|-------------|---|-------------|----------------------|
| | Internamento | Ambulatório | Internamento | Ambulatório | |
| I | 592.176.312 | 0 | 583.549.672 | 15.280.014 | 1,12% |
| II | 592.176.312 | 0 | 298.766.193 | 218.711.779 | -12,61% |
| III | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 1.048.791.697 | 191.784.027 | 0,81% |
| IV | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 766.118.558 | 467.799.979 | 0,27% |
| V | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 975.328.601 | 189.717.892 | -5,33% |
| VI | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 728.698.994 | 430.380.415 | -5,81% |
| VII | 592.176.312 | 0 | 583.549.672 | 10.010.437 | 0,23% |
| VIII | 592.176.312 | 0 | 298.766.193 | 109.804.217 | -31,01% |
| IX | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 1.043.982.738 | 191.548.967 | 0,40% |
| X | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 763.598.300 | 465.279.721 | -0,14% |
| XI | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 868.207.777 | 187.083.103 | -14,25% |
| XII | 1.087.181.664 | 143.453.018 | 674.245.213 | 375.926.634 | -14,66% |
| XIII | 592.176.312 | 0 | 583.549.672 | 16.788.458 | 1,38% |
| XIV | 592.176.312 | 0 | 298.766.193 | 230.110.174 | -10,69% |
| XV | 922.782.353 | 130.408.374 | 914.155.713 | 168.086.062 | 2,76% |
| XVI | 922.782.353 | 130.408.374 | 629.372.233 | 381.407.777 | -4,03% |
| XVII | 888.360.102 | 130.408.374 | 880.150.363 | 167.315.545 | 2,82% |
| XVIII | 888.360.102 | 130.408.374 | 612.090.325 | 368.756.557 | -3,72% |

3ª Medida: utilização de preço igual para internamento e ambulatório para todos os GDH cujo L_{inf} seja igual a 1 dia (com excepção dos procedimentos de Cardiologia/Hemodinâmica);

4ª Medida: utilização do valor de 73,20% do preço do internamento para os GDH cujo L_{inf} seja superior a 1 e inferior ou igual a 4 dias (com excepção dos procedimentos de Cardiologia/Hemodinâmica).

Esta opção teria um impacto de 2,82% no finan-

ciamento às instituições, ou seja 28.697.432 euros (simulação XVII). Assim, todos os doentes que actualmente são internados 1 dia, por razões que não sejam clínicas ou sociais (apenas para o hospital poder facturar o valor do GDH ao SNS), deixariam de o ser. A Instituição obteria um acréscimo pouco significativo no financiamento, mas com a possibilidade de uma redução apreciável de custos.

Uma previsão do impacto desta hipótese num



espaço de 3-5 anos, quando for possível atingir 50% desta produção em ambulatório, é de uma redução do financiamento necessário em 3,72%, ou seja menos 37.921.593 euros (simulação XVIII).

Este valor poderia ser re-afectado ao aumento da produção (através de um pagamento diferenciado aos profissionais e criação de estruturas físicas, quando necessário) permitindo que, com o mesmo valor de financiamento se pudesse obter uma produção bastante superior à actual. Se pensarmos que a CA tem como uma das vantagens a redução da lista de espera cirúrgica (pela organização intrínseca da actividade, redução do tempo cirúrgico e dos tempos entre cirurgias, proporcionando no conjunto um aumento do número de cirurgias no mesmo período, quando comparada com a cirurgia com internamento), e se associarmos o facto de ser possível, com esta mudança no financiamento, aumentar ainda mais a produção nesta área, percebe-se que o impacto na redução da lista de espera poderia ser substancial (gastar o mesmo, gastar melhor).

2.1.4. Limiares inferiores de internamento

No âmbito da cirurgia convencional, e no que concerne aos limiares mínimos de internamento, não faz sentido existirem GDH com valores superiores a 1 dia para procedimentos que podem ser efectuados em regime de ambulatório. Assim propõe-se:

5ª Medida: para todos os GDH com preço para ambulatório, o L_inf de Internamento deverá ser sempre 1.

Esta medida pode trazer uma redução apreciável de custos. Isto porque apesar de, com a descida do limiar inferior, episódios que antigamente não correspondiam a um doente equivalente, passarem a corresponder logo ao 2º dia de internamento, e por isso haver um acréscimo do financiamento directo (nos hospitais que não tinham internamentos indevidos para fazerem um doente equivalente), a verdade é que com limiares inferiores mais baixos, é possível contrariar a prática hospitalar corrente de se prolongar indevidamente os internamentos acima dos limiares inferiores

para fazer corresponder o episódio a um doente equivalente. Através de internamentos mais curtos, os hospitais poderão conseguir pelo menos uma poupança dos custos que tinham por tempos de internamento indevidos.

De sublinhar que as altas precoces podem sempre ser avaliadas no âmbito dos indicadores de qualidade, nomeadamente a 'Taxa de (re)admissão no Internamento nos 1ºs 5 dias'.

2.2. Produção marginal

De acordo com as regras actuais de contratualização, não existem limites de produção à actividade cirúrgica programada, quer no âmbito das cirurgias convencionais, quer de ambulatório.

A produção cirúrgica programada marginal (cirurgias efectuadas para além das contratualizadas) é paga de acordo com a tabela de preços em vigor para as entidades privadas no âmbito do SIGIC, cujos preços correspondem a cerca de 56,2% do preço da tabela de preços dos GDH, apenas com uma alteração (no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes).

Deste modo, a produção cirúrgica marginal não possui o financiamento praticado na produção base, mas o utilizado com a tabela do SIGIC, o que implica, em geral, uma redução significativa no valor do financiamento. Assim, a CNADCA propõe:

6ª Medida: pagamento da produção cirúrgica de ambulatório marginal, nas mesmas condições da produção cirúrgica base.

Tal constituiria um incentivo às administrações hospitalares e aos profissionais para que, na produção marginal, fosse preferida a abordagem do ambulatório, pois existiria um factor de discriminação positiva em relação à cirurgia com internamento.

O impacto financeiro desta medida, tendo em consideração a produção realizada em 2006 no âmbito do SIGIC, seria de um acréscimo no financiamento da actividade cirúrgica no valor de 3.286.759 euros (impacto de 0,56%).



2.3. Índice de case mix

No âmbito do contrato-programa celebrado entre a entidade financiadora e as entidades prestadoras, o pagamento das cirurgias de ambulatório é efectuado tendo em conta o volume, o case mix e o preço contratado.

Desta forma, quanto mais diferenciados forem os procedimentos efectuados, mais elevado será o seu ICM e como tal, mais a Instituição receberá por cada doente equivalente. Este facto estimula a realização de cirurgias mais complexas em CA, desde que esse aumento do ICM se repercuta a curto prazo na forma de financiamento do hospital. Isto é, a realização de actos mais complexos normalmente implica custos mais elevados e a perda de os facturar pelo regime de internamento (que possui sempre um ICM superior). Se, associadamente, o ICM utilizado não corresponder ao ano mais recente, implica que todos os esforços do hospital só irão ter repercussão anos depois, o que poderá colocar em causa a sustentabilidade financeira e não estimular os hospitais a realizá-lo.

O modelo actual de financiamento hospitalar já preconiza a aplicação do ICM do ano anterior. No entanto, por motivos de restrição orçamental, no último contrato-programa esta regra não foi adoptada. Assim, a CNADCA propõe:

7ª Medida: no âmbito da contratualização hospitalar (que normalmente se efectua nos meses de Setembro a Novembro), tem de ser utilizado o valor do ICM do ano anterior.

3. ALTERAÇÃO À LOTAÇÃO CIRÚRGICA DOS HOSPITAIS

Normalmente somos, por natureza, resistentes à mudança. Por outro lado, as alternativas ao que conhecemos e com o que temos experiência, são sempre observadas em Medicina com muita cautela: mudanças não sustentadas cientificamente podem colocar em causa a segurança dos doentes, podendo provocar aumento da morbidade e mortalidade. Daí que, em

geral, o médico é por definição mais conservador na sua atitude.

Por outro lado, não existindo a pressão de efectuar em ambulatório determinados procedimentos, em virtude de existirem no internamento camas vagas em número elevado, não estimula a passagem de uma abordagem cirúrgica para outra: no acto de internar existe subjectivamente mais segurança para o doente, em virtude de estar acompanhado por profissionais de saúde (o que também proporciona mais confiança para o especialista); o facto de dar alta ao doente, implica, ainda que subjectivamente, um acréscimo de responsabilidade para o profissional. Assim, este pode defender-se da forma mais fácil: internar o doente.

Como tal é preciso, por vezes, tomar medidas fortes para implementar as mudanças, alterar os paradigmas e forçar a evolução. Neste sentido, a CNADCA propõe:

8ª Medida: reduzir a lotação cirúrgica dos hospitais, num valor médio de 5-10%/ano, durante 3 anos.

Tal poria pressão na substituição da cirurgia convencional pela de ambulatório e acompanharia de forma natural a evolução que se espera conseguir com esta alteração do financiamento.

Por outro lado, esta medida teria um forte componente de instrumento da mudança e não apenas o resultado passivo da consequência da mudança: isto é, não se deveriam encerrar camas cirúrgicas por já não serem necessárias (em virtude de uma taxa de ocupação baixa), mas encerrar as camas para provocar a substituição da abordagem cirúrgica (redução da lotação não como consequência, mas como uma causa).

Esta medida deveria ser monitorizada pelas ARS, no âmbito da contratualização, e o valor aplicado de 5-10%/ano deveria ser um valor indicador para a Região (pois existem hospitais que já efectuaram esta redução e outros que ainda não a iniciaram).

Deveremos ter em atenção que a substituição da cirurgia convencional pela de ambulatório poderá provocar um aumento da demora média (deixam de ser internados os doentes de ‘curto internamento’ que contribuam para a redução da demora média), apesar de alguns estudos efectuados em Espanha não o



demonstrarem. Assim, esta medida tem de ser tomada com uma gestão e monitorização adequada, tendo em atenção evitar constrangimentos aos doentes que necessitam realmente de ser internados (levando a adiamentos de cirurgias programadas por falta de camas).

Existem casos, em Portugal, em que esta medida já foi aplicada com sucesso (exemplo do Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE). Isto é, não se trata de uma proposta académica, mas de uma prática que se comprovou, no terreno, ser eficaz.

4. PESO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO CONTRATO-PROGRAMA

Para que todas as medidas anteriormente referidas possam ser, em tempo útil, integradas e aplicadas com sucesso, deverão as ARS, a nível da contratualização com os hospitais, colocar objectivos exequíveis mas ambiciosos.

Caso estas propostas sejam aceites pela tutela, deixarão de existir constrangimentos do ponto de vista administrativo-financeiro para o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, e portanto, a ‘pressão’ colocada ao nível do hospital poderá depois ser reflectida ao nível dos serviços e dos próprios profissionais, no âmbito da contratualização interna. Assim, a CNADCA propõe:

9ª Medida: aumentar o peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas, num valor médio de 15%/ano, durante 3 anos.

O valor deve ser utilizado como um valor indicador para a Região (pois existem hospitais que já efectuaram um aumento significativo nesta área e outros que ainda não realizaram qualquer esforço).

5. ALTERAÇÃO DOS PREÇOS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO ÂMBITO DA CONTRATUALIZAÇÃO

A velocidade com que se atinjam os objectivos de crescimento da cirurgia em CA é fundamental para

conseguir aumentar a produção cirúrgica e se efectuar uma poupança significativa em termos económicos. Neste sentido, e para se alcançar de forma mais célere o valor de 50% da produção cirúrgica programada em CA, propõe-se uma medida suplementar:

10ª Medida: um prémio de 10% por cada GDH cirúrgico de ambulatório, durante um período de 3 anos, se forem atingidos os objectivos contratualizados anualmente com as ARS, no âmbito da CA.

Esta decisão iria proporcionar de forma mais clara um estímulo à CA, era transparente na forma de o concretizar e seria suspensa ao fim de 3 anos. O valor desta medida (em conjunto com as medidas 3 e 4) poderia significar um impacto económico de acréscimo da despesa em financiamento cirúrgico no valor de 4,46% (45.428.987 euros – simulação XVII), caso fossem atingidos os objectivos contratualizados, e numa redução quando fossem atingindo os 50% da actividade, em 0,10% (menos 1.045.938 euros – simulação XVIII).

Se avaliarmos o impacto profundo que estas medidas podem provocar na redução dos custos dos hospitais, percebe-se a relevância em termos estratégicos a curto, médio e longo prazo, que se pode conseguir atingir na mudança da filosofia de gestão.

6. MEDIDAS PRECONIZADAS

1ª Medida: todos os GDH cirúrgicos cujo limiar inferior de internamento seja igual ou inferior a 4 dias na Tabela de preços do SNS passem a ter ‘Preço em Ambulatório’.

2ª Medida: inclusão dos GDH médicos 316, 317, 369, 465 e 466 no âmbito da Cirurgia de Ambulatório.

3ª Medida: utilização do preço igual para internamento e ambulatório para todos os GDH cujo limiar inferior de internamento seja igual a 1 dia (com excepção dos GDH de Cardiologia/Hemodinâmica).

4ª Medida: utilização do valor de 73,20% do preço do internamento para os GDH cujo limiar inferior de internamento seja superior a 1 e inferior ou igual a 4



dias (com excepção dos GDH de Cardiologia/Hemodinâmica).

5ª Medida: para todos os GDH em que exista preço para Cirurgia de Ambulatório, o L_inf de Internamento deverá ser 1.

6ª Medida: pagamento da produção cirúrgica de ambulatório marginal, nas mesmas condições da produção cirúrgica base.

7ª Medida: no âmbito da contratualização hospitalar, utilizar sempre o valor do ICM do ano anterior.

8ª Medida: reduzir a lotação cirúrgica dos hospitais, num valor médio de 5-10%/ano, durante 3 anos.

9ª Medida: aumentar o peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas, num valor médio de 15%/ano, durante 3 anos.

10ª Medida: um prémio de 10% por cada GDH cirúrgico de ambulatório, durante um período de 3 anos, se forem atingidos os objectivos contratualizados anualmente com as ARS, no âmbito da CA.

Responsáveis: SEAS, ACSS, ARS e hospitais.

Prazo para execução:

Ano de 2008 (publicação de portaria; definição do contrato-programa para 2009 e contratualização com os hospitais);

Ano de 2009 (implementação).

7. CONSEQUÊNCIAS DO TRABALHO DA CNADCA

1. *Aprovação global da estratégia*

Através do Despacho nº 98/2008, de 11 de Setembro, a Senhora Ministra da Saúde aprovou o Relatório Preliminar da CNADCA e colocou o mesmo à discussão pública;

2. *Criação do Dia da Cirurgia de Ambulatório no ano de 2008*

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2009 de 17.10.2008 do Senhor Primeiro-Ministro, foi designado o dia 20 de Outubro de 2008 como o Dia da abertura da campanha de sensibilização da Cirurgia de Ambulatório;

3. *Equiparação da Taxa Moderadora aplica à CA aquela que é cobrada por 1 dia de internamento*

Através do Orçamento de Estado para 2009, foi alterada a taxa moderadora aplicada à Cirurgia de Ambulatório, passando o valor a corresponder à cobrada por um dia de internamento;

4. *Desenvolvimento de um programa de investimentos nos Blocos de CA*

Através do Orçamento de Estado para 2009, foi alocada uma verba para investimentos em Unidades de Cirurgia de Ambulatório. O regulamento do concurso deve ser aprovado no início de Janeiro de 2009 e a janela de candidaturas iniciar-se-á de imediato;

5. *Regulamentação da dispensa de medicamentos em ambulatório*

O Decreto-Lei que autoriza a dispensa de medicamentos no pós-operatório da Cirurgia de Ambulatório e o Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde que o regulamenta, já foram aprovados, esperando-se para breve a sua publicação em Diário da República;

6. *Alteração dos Sistemas de Informação, de forma a adequá-los aos objectivos da CA*

O Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde que irá determinar a adequação dos sistemas de informação às necessidades da Cirurgia de Ambulatório, encontra-se em fase de elaboração;

7. *Adopção dos critérios básicos e critérios desejáveis pelos Hospitais do SNS*

O Despacho nº 30114/2008, de 21 de Novembro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, estipula o cumprimento por parte dos hospitais, de um conjunto de critérios básicos e de critérios desejáveis, que poderão de uma forma sustentada criar as bases para o crescimento da Cirurgia de Ambulatório;

8. *Revisão da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro*

Encontra-se em fase final de aprovação a 'Revisão da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro', que estabelece os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde. A mesma deverá entrar em vigor no início do ano de 2009 e, em função da discussão pública que ocorreu, a mesma deverá contemplar:

a) Número de GDH com preço em ambulatório



Quadro 5 – Evolução do número de GDH cirúrgicos com preço em ambulatório (o valor de 2009 é a previsão do valor que deve ser aprovado, em função da discussão pública que ocorreu)

| Ano | Nº de GDH cirúrgicos com preço em ambulatório |
|-------------|---|
| 1998 | 33 |
| 2001 | 50 |
| 2003 | 71 |
| 2006 | 89 |
| <i>2009</i> | <i>249</i> |

– O número de GDH com preço em ambulatório deverá aumentar 280% (incremento de 160 novos GDH);

– A percentagem de GDH cirúrgico com preço em ambulatório deverá passar de 29% para 82%;

b) Preço do GDH em ambulatório

– O mesmo preço do GDH em internamento e em ambulatório, acontecia apenas em 14% dos casos em que existia valor para ambulatório (12/89) e em 4% de todos os GDH cirúrgicos (12/303);

– Com a proposta actual, o mesmo preço do GDH em ambulatório ou internamento deverá passar a

acontecer em 34% dos casos com valor em ambulatório (84/249) e em 28% de todos os GDH cirúrgicos (84/303);

c) Limiar inferior de internamento

O limiar inferior de internamento igual a 1 dia, que só acontecia em 30% dos GDH cirúrgicos (91/303), deverá passar para 82% dos casos;

9. *Utilização do ICM mais recente*

O case-mix utilizado na contratualização para o ano de 2009, corresponde ao que as instituições hospitalares atingiram no ano de 2007, ou seja, de acordo com o definido pela CNADCA.

Desta forma, as decisões que a CNADCA pensava serem necessárias, o Ministério da Saúde adoptou-as de uma forma global, levando à formulação de 1 Decreto-Lei, 4 Despachos, 1 Resolução do Conselho de Ministros, 1 Portaria e diversas alterações ao Orçamento de Estado para 2009.

Esperamos que, em função deste contexto favorável que se criou em torno da Cirurgia de Ambulatório, estejam asseguradas as condições adequadas para que a meta estabelecida pela CNADCA seja plenamente atingida: 50% da cirurgia programada realizada em 2009 fosse efectuada em regime de ambulatório.

Seria um marco histórico para a Medicina Portuguesa!

