



Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

EFICIÊNCIA DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

**Hospitais do Serviço Nacional de Saúde OU Rede
Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Mestranda: Olga Maria da Costa Monteiro

Orientadora: Professora Doutra Carla Margarida Barroso Guapo Costa



Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Gestão e Políticas Públicas

Lisboa
2012

Resumo

Este estudo tem como objetivo demonstrar que o envelhecimento da população tem, como consequência, o aumento de situações de dependência física, psíquica e social.

Assim, verifica-se, geralmente em pessoas que, por razões ligadas a doença grave, deficiência, sequência de intervenção cirúrgica, acidente e outros, necessitem de uma assistência por não se bastarem a si próprios nos seus cuidados básicos e da própria patologia.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a designar por RNCCI vem dar resposta às necessidades destes cidadãos “dependentes”, hierarquizada segundo o tipo de cuidados e do grau de dependência.

Pretende-se, demonstrar que os cuidados a prestar aos doentes, após alta hospitalar, que continuem a necessitar de cuidados específicos, podem ser reencaminhados e avaliados para a RNCCI, passando a ser referenciados na tipologia de Convalescença.

Pretende-se, ainda, comparar o custo dos cuidados dos doentes inseridos na Convalescença, com os custos dos mesmos, se permanecessem em convalescença na unidade hospitalar.

A metodologia utilizada, foi de natureza qualitativa e o método adotado foi de pesquisa bibliográfica, com leitura exploratória de vários documentos, legislação, relatórios, revistas, dissertações de mestrado e pesquisa na internet, referente a diversos temas.

É de salientar que um dos objetivos deste estudo é determinar e comparar a diferença entre os tipos de financiamento, utilizados neste trabalho, GDRs e RNCCI.

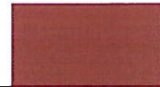
Enquanto que os sistemas de classificação baseado em GDHs, Grupos de Diagnóstico Homogêneos, se traduzem num sistema de classificação de doentes agudos internados, definidos nas seguintes variáveis: Diagnóstico Principal; Internamento cirúrgia; Diagnóstico Secundário: Idade; Sexo e destino pós alta.

A RNCCI, no entanto, na tipologia de Convalescença liberta os Hospitais o que reduz significativamente os encargos do Orçamento do Ministério da Saúde.

Esta comparação, revela-nos que os custos referentes à estadia no Hospital de Agudos atinge valores mais elevados que o internamento na RNCCI, tipologia de Convalescença, calculada de acordo com a Portaria nº 220/2011, de 01 de Julho, que se traduzem num único custo a suportar pelo SNS.

Conclui-se que a implementação da RNCCI, veio permitir, uma redução substancial da despesa do Orçamento do Ministério da Saúde, tendo em conta que na vertente de internamento em Unidades de Convalescença, os custos são inferiores aos do internamento hospitalar, e, ainda, os cuidados prestados aos doentes, decorrem de uma melhor adequação, dado que são dirigidos às especificidades de cada doente.

Palavras-chave: Administração Pública, Reforma da administração pública, Modelos de Gestão Pública, Serviço Nacional de Saúde, Custos, GDH e RNCCI na tipologia de Convalescença.



Abstract

In this study we intent to demonstrate that more the population is getting old, and the mortality rate is longer, that will have consequently an increase of situations of dependence, as physical, bodily and social needs, therefore one of the areas with the most intervention of the State.

So generally persons with large problems, or very serious illness, created by an operation or with disabilities/deficiencies, requires special assistance is required, because they can not take care of themselves and his needs.

The continued medical care units, that will be designated by RNCCI, will reply to the needs of this citizens with more efficiency.

We intent also, demonstrate that the assistant that this patients required when they leave the Hospital, and need assistant in order to continue the treatment, they can, after an evaluation, be announced to this Units before they leave the Hospital, in convalescence typology.

We intent to compare the costs between the patients in this units, and the expenses with the same patient at the Hospital.

In order to demonstrate the methodology of this method, we have made research, with several documents, concerning to this matter.

The results of the study, show that the cost of on patient/day in an Hospital, calculated with the DRGs system (Diagnosis Related Groups), and defined with different changeable, like: principal diagnosis; operations; other diagnosis; age; sex and destiny after leaving the Hospital, shows that the costs that the payment is based in DRGs, as an incensement, that if they would be transferred to this units (RNCCI), calculated and demonstrated by the law from Ministry of Health, in July 2011.

Finally, this implementation and expansion of RNCCI, will show that the implementation and expansion of RNCCI, will reduce largely the budget from ministry of health, and will also, consequently created methods to give a better assistance and quality of life, to the patients, and his special needs.

Agradecimentos

O terminar de uma Tese de Mestrado é um momento muito importante e de felicidade que quero partilhar com todos que me apoiaram nos bons e maus momentos:

A Professora Doutora Carla Guapo Costa, que nunca esquecerei a delicadeza e atenção com que sempre me recebeu, assim como a preciosa orientação, disponibilidade e colaboração na parte de revisão deste estudo.

Aos professores, colegas e amigos da 2ª ano do Mestrado de Gestão e Políticas do ISCSP.

A Dra. Inês Guerreira, Coordenadora Nacional da Rede de Cuidados Continuados Integrados que acreditou em mim e na minha força, tendo designado como orientadora a Enfermeira Mara João Girão, sempre esteve disponível e colaborante em todos os momentos.

A Administração Central do Sistema de Saúde, IP, por ter acreditado em mim, autorizou a Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, através da Dra. Cláudia Borges, contribuiu para o enriquecimento desta tese.

As Coordenadoras da Equipa Coordenadora Regional de Lisboa e Vale do Tejo – ECR-LVT, Dra. Maria Adelaide Coelho Meneses e Dra. Regina Sequeira Carlos pela flexibilidade e compreensão que sempre tiveram quando a pressão do trabalho académico não me permitia uma tão boa dedicação às minhas tarefas profissionais.

Dr. António Carvalheira Santos, pela disponibilidade e colaboração na pesquisa de uma parte desta tese.

Maria Adelina Mil-Homens, pela sua amizade, flexibilidade, disponibilidade, colaboração e sugestões que contribuíram para o enriquecimento desta tese.

Dra. Margarida Pintassilgo pela colaboração e sugestões tão relevantes e por ser uma colega amiga e prestável.

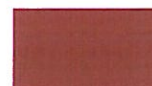
Ao meu irmão, Antonio, só me resta pedir desculpa pelos aborrecimentos que lhe causei. Obrigado irmão.

Mas para além dos elementos já referidos, outros foram que também estiveram ao meu lado a apoiar e a incentivar para que este meu “*sonho e desafio*” se



realizassem.

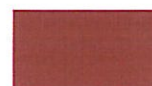
A **Todos** que me acompanharam nesta longa caminhada, o meu *BEM-HAJAM*.



Índice geral

Nota Introdutória.....	1
Capítulo 1 Aspetos Metodológicos	2
1.1 Enquadramento do Tema	2
1.2 Relevância e Justificação do Tema	4
1.3 Pergunta de Partida	6
1.4 Objetivos	7
Capítulo 2 Enquadramento teórico e operacionalização de conceitos	8
2.1 Introdução	8
2.2 Modelos de gestão pública	8
2.3 Políticas Públicas	14
2.4 Reforma da administração pública.....	16
2.4.1 Modelos de organização nos países do sul Europa	22
2.4.2 A realidade portuguesa.....	23
Capítulo 3 Contexto e evolução do serviço nacional de saúde	25
3.1 Financiamento do SNS	26
3.1.1 Enquadramento Macro Económico.....	26
3.1.2 Peso da Saúde no Orçamento.....	27
3.1.3 Grupos de diagnósticos homogéneos	28
3.1.4 Financiamento dos Hospitais por GDHs	31
Capítulo 4 Serviço nacional de saúde e Cuidados Continuados em Portugal..	37
4.1 Modelo de intervenção.....	37
4.1.1 Apoio social	38
4.1.2 Cuidados de saúde.....	39
4.1.3 Respostas integradas	39

4.2 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	39
4.2.1 Criação/história.....	39
4.2.2 Missão e seus objetivos.....	41
4.2.3 Organização	42
4.2.4 Unidades e equipas da RNCCI.....	43
4.2.5 Modelo de gestão	44
4.2.6 Financiamento	45
4.2.7 Custos	48
4.2.8 Funcionamento da RNCCI.....	49
4.2.9 Referenciação dos doentes	49
4.2.10 Adesão de entidades à RNCCI.....	50
Capítulo 5 Metodologias e resultados	51
5.1 Peso da Saúde no PIB.....	52
5.2 Fontes de Financiamento da Despesa com a Saúde	54
5.3 Impacto dos gastos da Saúde no Orçamento do Estado	54
5.4 Impacto dos gastos nas Instituições Hospitalares do SNS	55
5.5 Avaliar o impacte nos doentes.....	56
5.6 Grau médio de autonomia.....	57
5.7 Grau de satisfação do doente	57
Capítulo 6 Conclusões	59
Capítulo 7 Constrangimento e Limitações.....	62
7.1 Constrangimentos.....	62
7.2 Limitações.....	62
7.3 Implicações para a investigação	62
7.4 Sugestões	62
7.5 Fase Atual.....	63



Referências	64
Apendices.....	68



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Quadro comparativo da cobertura populacional – UC e MDR.....	3
Tabela 2 Quadro comparativo da cobertura populacional – LDM e UP	3
Tabela 3 Evolução da atividade económica	27
Tabela 4 Distribuição das verbas atribuídas ao MTSS.....	47
Tabela 5 Distribuição das verbas atribuídas ao MS	47
Tabela 6 Utentes saídos da tipologia de convalescença.....	57



LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 Peso do orçamento do Ministério da Saúde.....	28
Fig. 2 Orçamento preliminar do internamento - sistema geral.....	34
Fig. 3 Organização da RNCCI.....	42
Fig. 4 Funcionamento da UMCCI.....	50
Fig. 5 Despesa pública vs privada na Europa.....	52
Fig. 6 Despesa com saúde per capita.....	53



LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento dos centros de saúde
CRP	Constituição da Republica Portuguesa
DRG	Diagnosis Related Groups
ECCI	Equipa de cuidados continuados integrados
ECL	Equipas Coordenadoras Locais
ECR	Equipas Coordenadoras Regionais
EGA	Equipas de Gestão de Altas
EPE	Entidades Públicas Empresariais
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
IPSS	Instituições Privadas de Solidariedade Social
ISCTE	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa
MS	Ministério da Saúde
MTSS	Ministério do Trabalho e Solidariedade Social
NPM	New Public Management
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RP	Relatório primavera
SA	Sociedade Anónima
SIGSS	Sistema de Informação para a Gestão de Serviços de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPP	Sistema de Pagamento Prospetivo
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho encontra-se organizado em sete capítulos:

Capítulo 1 – expõe a problemática em estudo no que se refere quer à relevância e justificação do tema, quer à pergunta de partida. Apresenta-se, ainda, os objetivos que se pretendem atingir.

Capítulo 2 – este capítulo, apresenta conceitos das políticas públicas, abordando o modelo de gestão pública, reforma da administração pública, política de saúde, modelos de organização dos cuidados nos países do sul da Europa e da realidade portuguesa, refere-se ainda à evolução do sistema nacional de saúde e seu percurso e desenvolvimento deste estudo, caracterizando o financiamento do SNS.

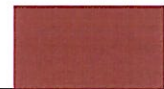
Capítulo 3 – reporta-se ao Serviço Nacional de Saúde, com a implementação dos Cuidados Continuados em Portugal, evolução histórica, organização, modelo de gestão e financiamento da RNCCI.

Capítulo 4 – este capítulo refere-se ao tipo de metodologia utilizada no estudo e recolha de dados.

Capítulo 5 – é o capítulo final do trabalho onde são apresentadas as conclusões finais e a formulação de recomendações passíveis de contribuir para futuros trabalhos de investigação neste sector.

Capítulo 6 – conclusão e resumo do estudo.

Capítulo 7 – constrangimento e limitações.



CAPÍTULO 1 ASPETOS METODOLÓGICOS

“Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer, incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, com autonomia limitada pela doença e pelo contexto onde vivem” (Paúl, Fonseca, Martin, Amado,2005:75)

1.1 Enquadramento do Tema

O aumento da esperança média de vida e as baixas taxas de natalidade, especialmente na Europa, estão na origem do crescente envelhecimento da população, fatores que mais têm contribuído para o aumento do número de pessoas que dependem de outras.

Com o aumento progressivo do número de idosos, sobretudo os muito idosos, tem consequentemente aumentado a ocorrência de situações de dependência física, psíquica e social. O termo “dependência”, liga-se a “fragilidade” vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios e ao contexto onde está inserida.

Esta condição é observada, geralmente, em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais, que reduzem a capacidade de se adaptar ao stress causado por doenças agudas ou crónicas (Caldas, 2003).

O envelhecimento da população, o aumento de esperança média de vida e a evolução terapêutica, associados ao aumento de morbilidade, conduzem à fragilidade e a um acréscimo das necessidades de apoio social e familiar.

Esta realidade, tem tido um enorme impacto na organização do sistema de Saúde e nos recursos destinados aos doentes que carecem de cuidados específicos, nomeadamente de patologia prolongada e/ou crónica, em articulação com a componente de apoio social através dos serviços da Segurança Social.

A criação de unidades específicas capazes de dar resposta a estas necessidades é o grande objetivo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI, com cobertura a nível nacional.

A RNCCI, é composta por um conjunto alargado de instituições públicas, privadas e misericórdias (através da celebração de contratos com o Estado), que prestam cuidados continuados tanto, no local de residência do doente, como em regime de internamento nas Unidades. Trata-se de uma dinâmica de desenvolvimento organizacional dos sistemas de Saúde e de Apoio Social que iniciaram um trabalho articulado (hospitais e centros de saúde) potenciando as vertentes de intervenção, resultando numa maior eficiência na resposta às diferentes situações de dependência.

Região	Unidade Convalescença				Unidade Média Duração e Reabilitação			
	N.º De Camas		N.º de camas por 100.000 hab. >= de 65 anos, 31 Dezembro		N.º De Camas		N.º de camas por 100.000 hab. >= de 65 anos, 31 Dezembro	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Norte	276	332	64	65	504	516	96	101
Centro	172	202	49	56	511	531	147	167
Lisboa e Vale do Tejo	124	137	22	26	261	356	49	66
Alentejo	63	135	46	107	127	159	101	126
Algarve	50	80	66	109	74	104	101	141
TOTAL	682	906	236	367	1.457	1.747	92	107

Fonte: UMCCI, Janeiro 2012

Nota: censos de 2001, utilizados até 2010

Tabela 1 Quadro comparativo da cobertura populacional – UC e MDR

Região	Unidade Longa Duração e Manutenção				Unidade de Paliativos			
	N.º De Camas		N.º de camas por 100.000 hab. >= de 65 anos, 31 Dezembro		N.º De Camas		N.º de camas por 100.000 hab. >= de 65 anos, 31 Dezembro	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Norte	697	691	136	174	36	43	7	6
Centro	722	779	207	224	40	46	11	13
Lisboa e Vale do Tejo	423	571	74	199	63	76	11	13
Alentejo	261	292	207	232	12	17	10	14
Algarve	163	219	249	296	13	10	14	14
TOTAL	2.266	2.752	873	169	160	190	40	42

Fonte: UMCCI, Janeiro 2012

Nota: censos de 2001, utilizados até 2010

Tabela 2 Quadro comparativo da cobertura populacional – LDM e UP

Assim, temos:

- *Unidades de Convalescença* - são unidades de internamento independentes, podendo ou não ser integradas num hospital e que, asseguram essencialmente cuidados diretos a doentes que não necessitam de internamento hospitalar, no entanto, carecem de um período de internamento, o qual não poderá ultrapassar os 30 dias, destinando-se maioritariamente a doentes com patologias agudas e com grande potencial para a reabilitação.
- *Unidades de Média Duração e Reabilitação* – são Unidades com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de origem, creditadas para a recuperação de doentes com patologia crónica¹, mas com potencial para o restabelecimento de autonomia prevista de 30 a 90 dias.
- *Unidades de Longa Duração e Manutenção* – Estas Unidades, possuem um espaço físico próprio e dirigem-se a doentes de manutenção e a doentes crónicos.

Para a gestão e diferenciação dos doentes às diferentes tipologias, existem as *Equipas de Gestão de Altas (EGA)*, sediadas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, prestando assessoria técnica diferenciada na avaliação dos doentes, integrando elementos de diferentes serviços do hospital.

Estas equipas, são compostas por profissionais de saúde do Serviço Social, tais como: Médico, Técnico do Serviço Social e Enfermeiro, os quais, desempenham um papel fundamental na preparação e promoção da alta precoce e bem como, na referenciação dos doentes.

1.2 Relevância e Justificação do Tema

Numa sociedade com elevada taxa de envelhecimento da população e em que as doenças crónicas tendem a aumentar, é necessário um aumento da produção de riqueza, exigindo intervenção do poder político na aplicação de políticas públicas de saúde adequadas.

¹ Doença gerida ao longo da vida

O envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, isto é, a um aumento da esperança de vida, que clinicamente definem como *alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se consequentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida* (INE, 2002).

Por outro lado, os idosos de hoje são diferentes dos idosos de gerações antigas, pelo que é difícil definir as *pessoas idosas*, porque a autonomia e o estado de saúde são fatores que afetam os indivíduos com a mesma idade, mas de maneira diferente (INE, 2002).

Em Portugal, a idade igual ou superior a 65 anos, está associada à idade da reforma, pelo que as designações utilizadas são indiferentes, por não existir nenhuma norma específica a nível nacional.

O aumento mais preocupante do número de pessoas “muito idosas”, ou seja, com mais de 80 anos, irá atingir um acréscimo acentuado nos próximos 15 anos, dado que se verificou no período de 1960 e 2001, um aumento da esperança média de vida, de cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 anos para as mulheres. (O envelhecimento em Portugal (INE, 2002).

Na União Europeia (UE) a população está a envelhecer e o rácio de dependência irá aumentar, apesar da fertilidade ter aumentado ligeiramente, de 1,45 filhos por mulher em 1999 para 1,47 filhos em 2001, ficando muito longe do nível de substituição de 2,1. (UE, 2003),

Segundo Soutelo (1986, p.29),

“(...) os principais objetivos de um programa de saúde, deveriam ser: informar, ensinar e demonstrar a cada pessoa a responsabilidade que lhe cabe, tanto na manutenção e promoção da sua saúde, como na saúde da comunidade – aprendendo para isso a detetar, a modificar os fatores que poderão estar a afetá-la ou vir a afetá-la no futuro. Dizendo de outro modo o seu objetivo é ajudar a construir uma Qualidade de Vida...”

A baixa natalidade conjugada com o aumento da esperança de vida, contribui para o envelhecimento da população.

Neste contexto, verifica-se um aumento da longevidade e das doenças crónicas e da perda progressiva de autonomia.

O elevado número de pessoas nestas condições deve ter assegurado o direito aos cuidados de saúde de qualidade, e não de uma forma marginalizada, com prejuízo do seu bem-estar e das suas famílias.

Os idosos, sempre que possível, devem manter-se no seio familiar e o apoio de que necessitam deve estar devidamente organizado pelo que os serviços de saúde na comunidade devem ser uma prioridade.

A RNCCI, enuncia os critérios de referenciação de doentes para unidades de internamento, ambulatório e equipas

Em ambulatório, criaram-se equipas domiciliárias, designadas *Equipas de Cuidados Continuados Integrados, ECCI* na dependência dos hospitais e centros de saúde que prestam cuidados no domicílio sempre que se justifique, bem como, por opção do doente, nas situações possíveis.

A RNCCI, assenta em padrões de recuperação conjunta, na manutenção e recuperação, por um período que se prolonga para além do necessário do tratamento, da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, reabilitação, adaptação, reintegração social, assim como na manutenção do bem-estar e qualidade de vida, mesmo nas situações irrecuperáveis.

1.3 Pergunta de Partida

O financiamento da Rede é suportado desde o seu início, com verbas provenientes da receita dos jogos sociais, que se mantêm até à presente data em conformidade com a legislação (Decreto-Lei nº. 56/2006,15 de Março), complementadas com verbas do Orçamento de Ministério da Saúde, sem o que não teria sido possível o alargamento da Rede conforme as exigências mais prementes.

O modelo de financiamento da RNCCI é específico de acordo com as unidades e equipas, em conformidade com as diversidades das fontes de financiamento e da complexidade dos cuidados prestados, podendo incluir participações do

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) e do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes.

A necessidade de contração financeira, ao longo dos últimos anos, dos gastos públicos devido a constrangimentos orçamentais derivados da situação económica do país, originou, também, a procura de soluções mais económicas nos cuidados de saúde, no sentido da redução dos custos dos cuidados prestados, não esquecendo a manutenção da relação melhoria /qualidade.

Neste contexto, com o presente trabalho, pretende-se dar a conhecer qual a melhor opção no âmbito dos cuidados de saúde ao doente com processo de reabilitação respondendo à questão:

“Qual a melhor opção para a prestação de cuidados na tipologia de Convalescência, em termos de redução de custos, SNS ou RNCCI)”

1.4 Objetivos

Para dar resposta à questão enunciada anteriormente é necessário avaliar quais os custos envolvidos entre o internamento prolongado dos doentes nos hospitais do SNS, e aqueles que se verificam na utilização da RNCCI nas unidades de convalescência.

Tendo em conta o exposto, a pesquisa dirige-se à etapa de cuidados de saúde, designada como tipologia de Convalescência, procurando resposta à seguintes questões:

- Qual o impacto dos gastos no Orçamento do Estado?
- Qual o impacto dos gastos nas Instituições hospitalares?
- Qual o grau médio de autonomia, medido entre a data de admissão e a data de alta na Unidade de Convalescência?
- Qual o grau de satisfação do doente?
- Quais os custos por grupos de diagnósticos homogéneos (GDH)?

CAPÍTULO 2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E OPERACIONALIZAÇÃO DE CONCEITOS

2.1 Introdução

Neste capítulo, é efetuada uma revisão da literatura referente à administração pública no que concerne aos modelos de gestão pública, novas políticas públicas, reforma da administração pública, políticas de saúde, modelos de organização dos cuidados nos países do Sul da Europa e a realidade portuguesa.

2.2 Modelos de gestão pública

A ideologia liberal, do século XIX, limita o Estado em nome do indivíduo e funda-se nos princípios da liberdade, responsabilidade e concorrência e assenta na propriedade privada e na relação contratual em que a autonomização do espaço público conduziu a um duplo processo, política e público.

Nos finais do século XIX, a ação do Estado é mais direta, com medidas de enquadramento de proteção ou de incentivo, avançando nas atividades em que o setor privado não é capaz de controlar como é o caso do gás e a eletricidade.

O Estado liberal é dominado por três tipos de preocupações:

- Preocupação de ordens públicas, que são as intervenções sociais, dominada por uma preocupação política;
- Preocupações relativas à saúde pública, em que o Estado intervém quer no controlo dos hospitais, quer através da criação de regulamentos sanitários, a fim de controlar as calamidades sociais de higiene;
- Preocupações de caridade em proteção dos indigentes, assistindo-se a um Estado protetor que desde o século XIX desenvolve legislação social direcionada a uma rede de proteção.

A Evolução do Estado Liberal, citando Eugénio Antunes (INA, 2008), não é só um “*Estado Guardião*”, apesar das intervenções serem limitadas a certos domínios.

- Na Alemanha nos anos de: 1883 – Seguro de saúde; 1884 Seguro de acidentes de trabalho; 1889 – Velhice e invalidez.
- No Reino Unido nos anos de: 1908 - Assistência a idosos; 1911 – Seguro de doença e desemprego.
- Em França nos anos de: 1886 – Criação de entidades no Ministério do Interior para assistência pública; 1920 - Criação do Ministério da Higiene, Assistência e Prevenção.

No século XX, em consequência da guerra na Europa o Estado assume-se como estado providência, desenvolve-se como fator económico, fator política e ideológico e fator jurídico.

Ao longo dos anos assiste-se ao crescimento das políticas sociais em direção a uma gestão do social, alargando novas áreas de intervenção administrativa passando dos tradicionais ensino e assistência, para o setor do trabalho e da proteção social seguindo-se o sociocultural.

A rede de serviços públicos e equipamentos públicos tende a cobrir a quase totalidade dos aspetos da vida individual e coletiva.

O papel do Estado sofreu alterações importantes face à visão tradicional caracterizada por (Peters, 2000).

A intervenção do Estado nos mercados, altera a estrutura da posse da indústria, expande ou restringe os seus serviços como uma questão de opção política e em conjunto podem as instituições poderosas serem usadas para reforçar a vontade política dos eleitores.

O Estado com os seus poderes tem muitas interações com a sociedade que o rodeia, mas transfere-os segundo as suas regras.

Os quatro grandes objetivos do Estado são:

- A nova repartição das responsabilidades entre o Estado e a sociedade;
- Parceria de responsabilidades dos cidadãos;
- Diversos níveis de governação e de cooperação mais estreita;

- Renovação das estruturas administrativas internas, tendo com objetivo a, eficiência.

A crise do Estado-Providência, necessita de ser reformado preservando os direitos de cidadania social que, apesar de terem um custo elevado, são inestimáveis.

Quanto ao modelo social europeu, este só é sustentável se as três dimensões de cidadania – política, civil e social – andarem lado a lado, porque cada elemento deve ser defendido, tendo em consideração que, quando analisamos a reforma do Estado Providência estamos a analisar a reforma da democracia que, segundo (Mozzicafreddo, 2000) é importante ter uma melhor administração pública para servir os objetivos do sistema político democrático, baseado na cidadania e não num sistema que sirva as necessidades de gestão da administração pública.

É no trabalho de Frederick Taylor, que encontramos as origens das mais recentes soluções para os problemas das organizações públicas, e mais tarde, com a publicação de um estudo realizado por Max Weber em que identifica as características da burocracia organizacional, conforme se constata através dos princípios defendidos, quer por Taylor quer por Weber. Assim temos:

- Frederick Taylor defendia: a simplificação de tarefas, a divisão de tarefas, a especialização dos trabalhadores, a eficiência e o dinheiro como principal compensação pelo trabalho.
- Max Weber defendia: a hierarquia, as regras dos procedimentos, a seleção dos funcionários pelo mérito, trabalho especializado e autoridade centralizada.

A burocracia de então, conhecida pelos métodos racionais de organização, baseia-se na lei e na eficiência. O modelo burocrático foi desenvolvido numa época em que a informação só chegava às hierarquias de topo (Antunes, 2008).

O Estado hierárquico, parece demasiado grande para resolver pequenos problemas e demasiado pequeno, para resolver grandes problemas (Antunes, 2008).

Atualmente, assistimos a constantes mudanças no mercado e pressões competitivas numa economia fortemente baseada no conhecimento com cidadãos habituados a terem inúmeras opções de escolha (Antunes, 2008).

As principais preocupações da nova gestão pública, centram-se na qualidade dos serviços oferecidos aos clientes em que as orientações são no sentido de: reduzir custos, assegurar a transparência dos custos de produção, diferenciação de financiamentos entre a aquisição e produção de serviços, descentralização das responsabilidades de direção, introdução dos indicadores de avaliação e dos resultados “*benchmarking*”, introdução dos princípios da concorrência “*contracting out*”, flexibilização do emprego público (Rocha, 2009).

Na modernização do Estado dos serviços públicos, o gestor público vê-se confrontado com a necessidade de compatibilizar cidadãos, clientes e contribuintes, de acordo com o papel no sistema, porque os requisitos são diferentes entre eles (o cliente exige um melhor serviço, o contribuinte quer pagar o menos possível, o cidadão quer alguém que garanta os seus direitos básicos de liberdade, segurança e opinião) (Antunes, 2008).

As diferentes características existentes entre o setor público e privado, estão nas limitações legais e nas influências políticas (Antunes, 2008).

O gestor público tem que lidar com outros valores para além da eficiência e eficácia, como a transparência, a equidade e a justiça social (Antunes, 2008).

A gestão pública exige uma liderança multifacetada em que tem de haver conservadorismo, moderação, habilidade para manter diálogos e proteção dos direitos fundamentais (Antunes, 2008).

Estamos perante um enorme mercado com características distintas no qual a necessidade de regulamentação é muito rígida nalguns casos, noutros, no entanto, é quase inexistente (Antunes, 2008).

A regulamentação confronta-se com quatro tipos de problemas:

- Relação reguladora/regulado;
- Relação serviço público e competição;
- Coordenação do poder regulador;
- Quem regula os reguladores.

Nos países em que se desenvolveram reformas de modernização do Estado e do setor público foram:

- Reino Unido – orientação ideológica liberal do Governo;
- Itália e Grécia – luta contra as máfias e a corrupção;
- Espanha – reforço de uma administração democrática;
- Bélgica e Alemanha – transformação territorial;
- França – modernização do aparelho administrativo.

Pode-se dizer, que referente à reforma do Estado não existe um modelo europeu. Assistimos, a preocupações comuns tais como: melhoria da qualidade dos serviços prestados, redução da carga fiscal, integração dos serviços públicos na avaliação da competitividade global do Estado (Antunes, 2008).

Citando Filipe Araújo,

[...] os modelos de Gestão Pública têm-se sucedido ao longo dos anos estando geralmente associados às mudanças no modelo de Estado. A cada modelo de Estado corresponde um modelo de gestão pública, o qual procura refletir as referências e os valores que este procura promover..

Segundo Filipe Araújo (2007), identificam-se três grandes modelos de Estado a que se associam três grandes modelos de Administração.

O primeiro modelo corresponde ao desenvolvimento do Estado Liberal, que vigorou no início do século XX, em que a intervenção do Estado era muito reduzida na vida económica e social. Era um modelo de Administração Pública neutral.

O segundo modelo, surge após a segunda guerra mundial com o desenvolvimento do Estado e bem-estar social.

Neste modelo, o Estado intervém na vida económica e social, a Administração Pública caracteriza-se pelo aumento das suas atividades e funções, e o poder dos funcionários públicos.

Nas últimas décadas, as ideias neoliberais e as teorias económicas, associadas ao contexto económico, dificilmente originam um modelo de Estado ao qual se associa uma administração Pública orientada pela racionalidade gestionária e pelos valores de eficiência da economia e da eficácia (Araújo, 2007).

A crise económica que, ocorreu nos finais da década de 70 do século passado, colocou dificuldades aos governos ocidentais para lidar e ultrapassar a crise (Araújo, 2007).

O modelo tradicional de organização de Administração Pública, não conseguiu introduzir as inovações necessárias para lidar com essa crise pelo que, se impunha a procura de novas soluções de reforma do sector público (Araújo, 2007).

O aparecimento da ideologia do “*New Right*” foi seguido nos Estados Unidos pela administração de Ronald Reagan e no Reino Unido pelos Governos de Thatcher, incidindo críticas nas opções e políticas seguidas pelo Estado de bem-estar social (Araújo, 2007).

Segundo Bevier e O’Brien, (2001) o Estado de bem-estar esteve na origem de três problemas:

- 1) Elevado nível de gastos públicos que prejudicou a economia conduzindo a elevadas taxas de inflação;
- 2) Os gastos exagerados eram insustentáveis o que acelerou o esgotamento do modelo;
- 3) O sistema era muito permissivo, não dispondo de incentivos para a utilização eficiente dos recursos.

As dificuldades em lidar com os problemas, levaram à procura de novas formas de governação, baseadas em modelos mais liberais, decididas em reduzir as fronteiras do Estado, através de políticas de contenção de despesa e com recurso às privatizações.

Surge, como preocupação, o controlo e o rigor das despesas públicas como forma do Estado recuperar a confiança dos cidadãos, e melhorar a qualidade dos serviços prestados (Araújo, 2007).

A ideia era fazer menos mas, fazer aquilo que o governo queria fazer assim, a reforma da gestão pública foi uma consequência da crise do Estado de bem-estar mas também uma crise de instituições.

“Os constrangimentos económicos impuseram ajustamentos nas políticas (...) introdução de métodos alternativos de fornecer serviços públicos” (Araújo, 2002:60).

Várias foram as estratégias adotadas para alterar a estrutura e o funcionamento da Administração Pública – vendas de bens do Estado, cortes orçamentais, privatizações, indicadores de desempenho, gestão por objetivos, e outras técnicas de gestão do sector (Araújo, 2007).

Estas medidas de reforma, enquadram-se no modelo de reforma gestor considerado como capaz de responder aos problemas económicos e sociais mas, os fatores que tiveram mais influência na reforma de gestão pública foram os fatores económico-financeiros (Kickert, 1997:17).

O modelo gestor, designado por Nova Gestão Pública, surge como “a grande resposta ”aos problemas da Administração Pública”, partindo da convicção que a gestão do sector privado, é superior à gestão do sector público (Araújo, 2007).

Este movimento, que se iniciou nos países anglo-saxónicos, influenciou a reforma administrativa em países que apresentavam sistemas administrativos diferentes (Araújo, 2007).

Alguns autores argumentam que estas ideias da Nova Gestão Pública, pode ser adotada por todos os países num processo idêntico à globalização (Osborne e Gaebler, 1993).

Esta ideia é, também, comprovada por (Araújo, 2004), que refere que é o managerialismo que enfatiza a gestão como a melhor alternativa para melhorar a eficiência e o sucesso social, assumindo que a gestão instrumental genérica, cujos princípios e práticas, podem ser aplicadas quer ao sector privado, quer ao sector público.

2.3 Políticas Públicas

Segundo Rocha (2009), o conceito de políticas públicas (“public policy”) está tradicionalmente associado ao conceito de Estado.

Podemos definir Políticas Públicas, como sendo as ações dos órgãos do Estado a responder a pretensões dos cidadãos agrupados ou não, podendo concluir-se que não existem políticas públicas sem Estado, e que este, desempenha um papel fundamental num processo público.

Embora remontando ao século XIX, as políticas sociais ganham maior importância após a primeira guerra mundial, com os países europeus a aplicarem medidas para aliviar as consequências do desemprego, sendo de realçar a criação do seguro de saúde, na Alemanha pelo Chanceler Bismark (Rocha, 2009).

É, no entanto, a partir da crise de 1929 e da segunda guerra mundial, que se dá a expansão do Estado de Welfare (Rocha, 2009).

Com esta política, os Estados Ocidentais assumem, como suas, funções de carácter social iniciando as chamadas “Grandes Reformas Sociais”, constituindo o período entre 1945-1975, a idade de ouro do Estado de Welfare (Rocha, 2009).

Paralelamente, adota-se uma política económica e Keynesiana, que tem como objetivo o pleno emprego e investimentos públicos, traduzindo-se numa intervenção crescente do Estado, na vida económica e social (Rocha, 2009).

Enquanto o crescimento do Estado Social foi acompanhado pelo crescimento económico, não houve necessidade de analisar racionalmente as políticas, mas a partir do início da recessão económica torna-se necessário avaliar e racionalizar o desenvolvimento dessas políticas (Rocha, 2009).

É neste contexto, que nasce a disciplina das políticas públicas em que o paradigma apresenta o Estado como autor das políticas públicas e os governantes confrontam os problemas e fazem às escolhas as quais são implementadas usando o poder coercivo (Rocha, 2009).

Começam, entretanto, a aparecer novas teorias contra a política do Estado de Welfare fundamentadas nas falhas do Estado, muito devido à burocratização das políticas, pela maximização dos respetivos orçamentos, não tendo os políticos capacidade para impedir a maximização dos interesses dos burocratas, sendo também, difícil conhecer, com rigor, o nível de implementação e os indicadores de desempenho dessas políticas (Rocha, 2009).

Estas novas teorias apontam para a privatização, desregulamentação e separação de quem financia e quem fornece o sector público.

É neste contexto, que surge a nova gestão pública conhecida por **New Public Management** cabendo ao Estado, contratualizar e regular através de agências independentes fora do controlo burocrático do Governo Central.

O New Public Management assenta na definição de objetivos e na avaliação dos resultados.

Deve haver, assim, uma gestão atuante que define padrões e medidas de desempenho concretas, enfatizando o controlo de resultados. Temos, como consequência, uma maior competição entre serviços, com as diversidades de práticas de gestão utilizadas, em que é dada grande autonomia aos gestores no exercício das suas funções para que atinjam os objetivos estabelecidos, implicando, uma maior moderação na utilização de recursos e, conseqüentemente, melhores níveis de eficiência e produtividade (Wash, 1995; Wilson, 1999).

Mas, segundo refere Rocha (2000), nem tudo são vantagens, *“muitos dos serviços públicos são difíceis de ser medidos, o que torna a aplicação do New Public Management muito problemática”*.

2.4 Reforma da administração pública

Para Rocha, (2000), as diferentes culturas e atitudes políticas nos diversos países impedem um modelo único de modernização administrativa, existindo, no entanto, vários pontos comuns.

Em primeiro lugar: controlar as despesas públicas em que a modernização administrativa tem aplicado a adoção de técnicas e processos de gestão empresarial; separação das funções de execução das funções de conceção, com da “executive agencies”.

Em segundo lugar: a visão dos cidadãos como consumidores, daí que se adote um conjunto de medidas destinadas a simplificar os procedimentos, identificação dos responsáveis permitindo a possibilidade de escolha entre vários prestadores e, finalmente, a adoção de *Cartas de Qualidade* que surgiram nos anos de: 1991

(Inglaterra); 1992 (Bélgica, França, Espanha); 1993 (Portugal); 1994 (Canadá e Estados Unidos da América).

Em terceiro lugar: diz respeito à mudança de estatuto dos funcionários os quais tendem em perder o estatuto tradicional de segurança de emprego. A maior parte dos estados europeus tem tentado reduzir o número de funcionários públicos, convertendo os seus noutros elaborados à luz do direito do trabalho, característico de gestão empresarial.

A modernização e reforma da administração pública dos países da OCDE e, em Portugal, têm sido uma preocupação constante de todos os governos (Bilhim, 2000).

Os princípios constitucionais que, visam a modernização da Administração Pública, sintetizam-se, na desburocratização, na aproximação dos serviços às populações, e na participação dos interessados na gestão da administração pública e na desconcentração.

A aplicação destes princípios, obriga a administração pública a canalizar as suas energias para um esforço constante de adaptação ao meio envolvente.

O resultado global da economia e do desenvolvimento social depende da interligação e complementaridade entre os sectores públicos, privado e social.

Da cooperação entre os sectores acima referidos, depende o comportamento da Administração, o desenvolvimento económico dos países, a criação de riqueza equitativamente distribuída e a qualidade de vida das populações.

A resposta a estes novos desafios, colocados pelos sectores envolventes, passa pela reforma da administração que em Portugal, por força da Constituição Portuguesa, lhe dá força e dinamismo.

Os gestores da maior parte das administrações públicas em todo mundo, reconhecem a necessidade de fazer alterações radicais e mesmo transformações, nos seus modelos organizacionais e de gestão.

No entanto, na maioria limitam-se a limar arestas ao aparelho burocrático, num processo a que chamam modernização administrativa e que passa por uma

reengenharia de processos, em vez de se centrarem nas motivações individuais e no relacionamento interpessoal (Carvalho, Elizabete, 2001).

O estudo da ciência da Administração Pública procura as respostas, aos problemas relacionados com a Governação, numa tentativa de encontrar um Estado Ideal em que a concretização dos problemas, passa pela reforma do aparelho administrativo (Carvalho, Elizabete 2001).

A mudança da componente administrativa do Estado foi muito acentuada nas últimas duas décadas devido à pressão das organizações internacionais, como o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) e a OCDE.

Os desafios mais importantes dos diferentes países, nomeadamente os Europeus, são os seguintes:

- Diminuir a despesa ou pelo menos travar o seu crescimento.
- Aumentar a legitimidade dos Estados que presentemente são inúmeras as evidências de crise de legitimidade do sistema político: resolver problemas sociais; aumento dos desafios e evasão à lei.

O sistema político terá de começar a poupar dinheiro e, simultaneamente, terá de aumentar a sua legitimidade.

A consciência que persiste é que a Administração Pública tem um papel central no desenvolvimento socioeconómico e na melhoria da qualidade de vida de um País.

Contudo, há que ter consciência de que, num quadro de grandes constrangimentos financeiros, a Administração Pública tem que responder com eficácia e qualidade, às necessidades dos cidadãos.

É neste contexto, que se entendeu que, para dar resposta a estes desafios é necessário melhorar a gestão implementada na Administração Pública ou alterar o modelo que apoia a estruturação e funcionamento.

A reforma administrativa assume, assim, um cariz gestor, que nos países anglo-saxónicos deu origem a um movimento designado *New Public Management*, permitindo encarar a administração pública de outra forma em que os princípios do

neo-liberalismo e as teorias económicas da *Public Choice* se fundem sob o mote “Menos Estado, Melhor Estado”.

A transferência de modelos de gestão, nascidos no setor empresarial para o setor público, não considera como relevantes as possíveis diferenças entre setor privado e setor público, assim como as especificidades de cada sistema político-administrativo.

Muitos foram os países, incluindo Portugal, em que as atividades do setor público passaram a ser desempenhadas pelo setor privado, como por exemplo, o fornecimento de bens e serviços de superior qualidade a um custo mais baixo que, conseqüentemente, aumentam as receitas do Estado.

Assim, as metas a atingir pela Administração Pública basearam-se numa maior transparência quanto ao acesso dos cidadãos à informação, das questões administrativas do Estado, apoiadas por vários governantes, no entanto para que possam ser seguidas, os líderes políticos têm de:

- Reduzir a despesa, congelar novas contratações, lançar campanhas contra o desperdício e a corrupção, mantendo o sistema administrativo nos moldes existentes.
- Modernizar o sistema administrativo introduzindo modos mais rápidos e flexíveis de gestão financeira e de gestão de recursos humanos. A implementação destas estratégias necessita de alterações do próprio sistema político (vontade política).
- O marketing faz com que as organizações do setor público compitam umas com as outras, de modo a aumentarem a sua eficiência e qualidade na prestação de serviços, minimizando no sistema administrativo a transferência do maior número de tarefas do setor administrativo para o setor privado, através da privatização e contratualização.

O sistema político-administrativo varia consoante as opções adotadas pelos diferentes países.

O Reino Unido, durante a governação de Margaret Thatcher, começou por culpar o sistema administrativo pelos grandes males do País e, em simultâneo, apertavam os

controles tradicionais procurando modernizar o sistema de gestão com o objetivo de alcançar ganhos a níveis dos três E's (economia, eficiência e eficácia).

Nos anos 80, passou-se a dar mais realce à estratégia de "mercado" e de "minimização do Estado".

Já nos países nórdicos, a administração pública não foi culpabilizada optando-se pela modernização do sistema.

Aos países chamados de Estado de Direito (Rechtsstaat), optaram por manter o sistema apostando, só, em reforçar os mecanismos de controlo, passando, mais tarde, a adotar experiências ocorridos noutros países, alguns dos quais com sistemas e culturas muito diferentes.

Apesar das opções adotadas pelos diferentes países, conclui-se que há algo em comum que é encontrarem o "Estado Ideal".

A nível internacional as visões do Estado são:

- Modelos de mercado – Os consumidores, tornam-se consumidores e contribuintes, sendo o setor público de pequena dimensão, em que o Governo só é responsável pela feitura das leis e pela contratualização.
- Estado participativo – Também neste modelo, procura-se uma ampla descentralização. Mas, ao contrário do modelo do mercado, possui-se confiança na vontade e capacidade dos cidadãos, em desempenharem um papel mais criativo na governação.
- Estado flexível – Este modelo surge em oposição à rigidez do conservadorismo. Cada uma das organizações procura prosseguir uma missão claramente definida, em função das contingências de um determinado momento. As tecnologias de informação são consideradas uma força dominante do novo modelo.
- Estado desregulamentado – Assenta num pressuposto de que as organizações e indivíduos do setor público estão cheios de ideias criativas, experiências relevantes e pessoas motivadas, desde que sejam libertados dos constrangimentos da regulamentação burocrática. Esta visão, é a menos

partilhada, estando confiada mais aos sindicatos ou a grupos profissionais que possuam grande otimismo e motivação dos funcionários públicos.

Em conclusão: nenhuma destas visões foi implementada na íntegra, e todas contém incoerências, tornando-se um dos grandes problemas de quem tenta estudar cientificamente a administração pública.

Os sistemas de saúde tiveram origem na Europa, nos finais do século XIX, com a revolução industrial.

A primeira política de saúde, foi implementada na Alemanha pelo Chanceler Bismark, através da criação de um seguro de saúde após a primeira guerra mundial.

A nível Europeu, de forma a fazer face à crise de 1929 e à segunda guerra mundial, foram criados serviços nacionais de saúde em Inglaterra (National Heath Service, de 1948) na sequência do relatório Beveridge, de 1942.

No caso dos EUA, o presidente Roosevelt cria o “New Deal” para dar resposta à crise de 1929 que, no domínio do sistema político de saúde falhou, tornando-se numa prioridade na governação do presidente Obama, que conta com a oposição e com os grandes grupos dos seguros e parte da população (Rocha, 2009).

Tendo em conta as diferentes classificações do sistema de saúde, tomando como base a produção de saúde, distingue-se:

- Sistema de reembolso, no qual os prestadores são pagos pelos serviços prestados aos consumidores ou pelas entidades seguradoras;
- Sistema de contrato ou convenção, o qual implica um acordo entre as entidades pagadoras e os prestadores de cuidados;
- Sistema integrado, no qual o mesmo organismo financia e presta o serviço.

Seja qual for o tipo de “ sistema de saúde pode ser definido como o conjunto de políticas que têm por finalidade essencial a promoção, manutenção e a recuperação da saúde”.

As políticas de saúde integradas, conjuntamente, com as políticas sociais, definem o denominado Estado de “Welfare”, que entrou em crise nos finais dos anos setenta,

porque o Estado deixou de ter “dinheiro” para fazer face aos custos crescentes da saúde (Rocha, 2009).

No caso da saúde, a crise deve-se ao facto do envelhecimento da população, à exigência dos cidadãos relativamente à prestação dos cuidados e, por fim, ao alargamento do acesso aos cuidados de saúde e ao aumento das novas tecnologias e meios complementares de diagnóstico.

O conjunto de todos estes fatores, contribuíram para o aumento da despesa com a saúde.

2.4.1 Modelos de organização nos países do sul Europa

Nos países denominados mediterrânicos identificam-se dois padrões nas políticas de saúde.

O primeiro, é característico de países como Itália e Espanha, em que os cuidados são restritos do sistema de segurança social e são organizados pelo estado central, que transfere pensões e subsídios, assim como, para os serviços organizados pelas municipalidades.

Estes cuidados são prestados, predominantemente, por entidades não lucrativas e os cuidados de saúde centram-se no grupo de idosos e muito idosos, quer seja nas unidades sociais, ou no domicílio.

Neste padrão de política de cuidados prestados aos idosos, a família é responsável pela sua prestação.

Os cuidados não são um direito universal, pois para aceder aos serviços é necessário fazer prova de carência ou da necessidade do serviço. Os serviços estão diferentemente desenvolvidos segundo as regiões.

Em Espanha, é na região da Catalunha que a política de cuidados está mais desenvolvida, privilegiando a articulação entre os serviços de saúde e os serviços sociais.

Em 2006, o governo central espanhol, criou a lei da dependência para as pessoas idosas, no sentido de melhorar as políticas de saúde.

O segundo padrão, está associado à Grécia e Portugal, em que as políticas públicas de saúde são deficitárias em relação a outros países europeus, apesar de, atualmente, a política pública, na área da saúde, ter tido um aumento substancial, quer no número de profissionais, quer no número de utentes abrangidos (AAVV, 2002).

Relativamente à Grécia e Portugal, há centros comunitários descentralizados que complementam os serviços com entidades na área da saúde, mas apostam na vertente da prevenção e reabilitação, em que o número de pessoas abrangidas pelos cuidados de saúde é mínimo, sendo a família a principal prestadora de cuidados.

A União Europeia, preocupada com estas questões, tem elaborado algumas diretivas para que os países invistam e organizem a política de cuidados de saúde no sentido de melhorar a qualidade dos serviços, de acordo com as necessidades das pessoas, através de formação profissional adequada e do apoio ao cuidador familiar, valorizando os serviços prestados, no contexto familiar e promovendo a igualdade e a conciliação entre o trabalho profissional e os cuidados às pessoas dependentes.

2.4.2 A realidade portuguesa

O art.º 64 da Constituição da República Portuguesa (CRP) refere os direitos e deveres sociais, na ótica da saúde incumbido ao Estado o papel de

“...Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde.”

O projeto de saúde não pode surgir desagregado dos recursos, políticas e estratégias do Estado, com o objetivo de se obterem ganhos em saúde de uma comunidade, o que impõe uma acertada aplicabilidade de políticas e estratégias eficientes, a fim de minorar os custos suportados pela sociedade.

A evolução demográfica e epidemiológica, com fenómenos como a tendência para o aumento da frequência de doença incapacitante, temporária ou permanente, do ponto de vista da autonomia em grupos etários cada vez mais jovens, a par com o desenvolvimento de novos tratamentos e abordagens sobre a saúde e doença e

com uma cada vez maior consciência, por parte dos cidadãos, dos seus direitos, vem originando alterações quanto à procura e oferta dos serviços de saúde.

A insuficiência do Serviço Nacional de Saúde ao nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, isto é, entre os de base comunitários e os de internamento em hospitais, conjugados com a falta de resposta na prestação de cuidados de saúde nos domicílios, tem como consequência a procura de lares a fim de fazer face às necessidades de internamento por parte dos cidadãos.

Neste contexto, surge o projeto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com o objetivo de apoiar e coordenar a intervenção dos serviços de saúde nas parcerias a constituir no quadro do Pacto de Cooperação, para a Solidariedade Social, no que respeita à prestação de cuidados continuados.

CAPÍTULO 3 CONTEXTO E EVOLUÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o organismo através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde, prevenção e vigilância a todos os cidadãos de Portugal desde 1979, após se terem reunido as condições políticas e sociais provenientes da reestruturação política portuguesa de 1974.

O objetivo primário do Serviço Nacional de Saúde é a prossecução, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva e, sendo para tal, munido de cuidados integrados de saúde, nomeadamente a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

Conforme referido por Arnaut (2009), um dos mentores do SNS.

“Estávamos em 1978 e, nessa altura o SNS era, além de um imperativo ético e de justiça, uma imposição jurídico-constitucional. Está previsto na Constituição e se não fosse criado havia uma inconstitucionalidade por omissão. É neste plano ético e jurídico que se coloca o imperativo da criação do SNS, da sua manutenção e do seu aperfeiçoamento, adaptado à circunstância de cada momento” (Arnaud 2009).

Na década de 1970, 90% das unidades e dos profissionais de saúde estavam no litoral do País, 80% dos quais em Lisboa, Porto e Coimbra, enquanto o resto do País não tinha nada a não ser as misericórdias e um ou outro médico que deram um contributo, inestimável, para a saúde das populações. Havia uma situação de gritante injustiça e desigualdade social, apesar de todas as opiniões que se geraram por parte da própria Ordem dos Médicos e de outras forças políticas, a Lei veio a ser aprovada (Arnaud 2009).

A Lei nº. 56/79, foi aprovada a 28 de Junho e publicada no Diário da República a 15 de Setembro de 1979, no V Governo Constitucional, era primeira-ministra Maria de Lurdes Pintassilgo e Secretário de Estado da Saúde Correia de Campos.

Entretanto, alteraram-se os direitos consagrados na Constituição nomeadamente em 1989, verificaram-se alterações ao art.º 64º., passando o SNS a ser “[...]tendencialmente gratuito” (CRP, 2005).

Outra alteração foi na alínea c do n.º. 3, no qual se consagrava a obrigação do Estado e a socialização da Medicina e dos sectores medico e medicamentoso passando o Estado a:

“[...]orientar a sua ação para a socialização dos custos, dos cuidados médicos e medicamentosos” (CRP, 2005)

Em 1990 no Governo de Cavaco Silva, com a Lei n.º. 48/90, verifica-se nova alteração, em que o direito à proteção da saúde deixa de ser garantido pelo SNS passando a dizer que é garantido “[...]pelo sistema de saúde” (Lei 48/90, 1990).

A partir desta alteração, é permitido um acordo com entidades privadas e a gestão empresarial dos hospitais públicos.

O modelo empresarial nos hospitais veio a ser introduzido a partir de 2002, com a resolução de Conselho de Ministros que transformou os hospitais públicos em hospitais SA (sociedades anónimas).

Em 2005, com o Decreto-Lei n.º. 93/2005, é introduzido o modelo empresarial nos Hospitais, com a transformação de 31 estabelecimentos hospitalares em sociedades anónimas, pelo então Ministro da Saúde Luís Filipe Pereira.

Com as eleições, e a nomeação de um novo Governo do Partido Socialista, foi nomeado para Ministro da Saúde, substitui os Hospitais SA pelos EPE, através do Decreto-lei 233/2005, de 29 Dezembro.

3.1 Financiamento do SNS

3.1.1 Enquadramento Macro Económico

Nos anos de 2008 a 2010 registou-se em Portugal uma tendência de estagnação da atividade económica.

De acordo com o Relatório de Contas do Banco de Portugal de 2010, a atividade económica cresceu 1,3% após a contração registada no ano anterior,

	2008	2009	2010	2011
<i>PIB</i>	0,0%	-4,3%	1,9%	1,5%

Tabela 3 Evolução da atividade económica

Fonte: Relatório do Banco de Portugal, 2011

Segundo o mesmo relatório, a economia portuguesa não corrigiu significativamente os desequilíbrios macroeconómicos acumulados nos anos anteriores, nomeadamente no que respeita à persistência de défices orçamentais elevados e à influência na correção do défice externo com reflexos nas necessidades líquidas de financiamento da economia.

Relativamente aos défices orçamentais a sua evolução desde o ano de 2000 é evidenciada no gráfico evolução e receitas correntes (Fonte: E.E.F, Mercados Financeiros BPI Pg. 33, 2012) constatando-se a existências de tais défices, com ligeira recuperação em 2004 e 2007, mas fortemente agravado a partir de 2009 sendo Portugal objeto de Programas Estabilidade e Crescimento (PEC).

3.1.2 Peso da Saúde no Orçamento

A melhor forma de avaliar o peso da saúde no orçamento de estado, é através da leitura das propostas aprovadas, na Assembleia da Republica, para cada um dos anos e dos relatórios da Conta Geral do Estado que permitem efetuar uma comparação entre os valores de cada um dos ministérios e a respetiva despesa.

Como nota prévia a este tema ilustra-se, através de um gráfico, o peso relativo dos vários Ministérios no Orçamento do Estado.

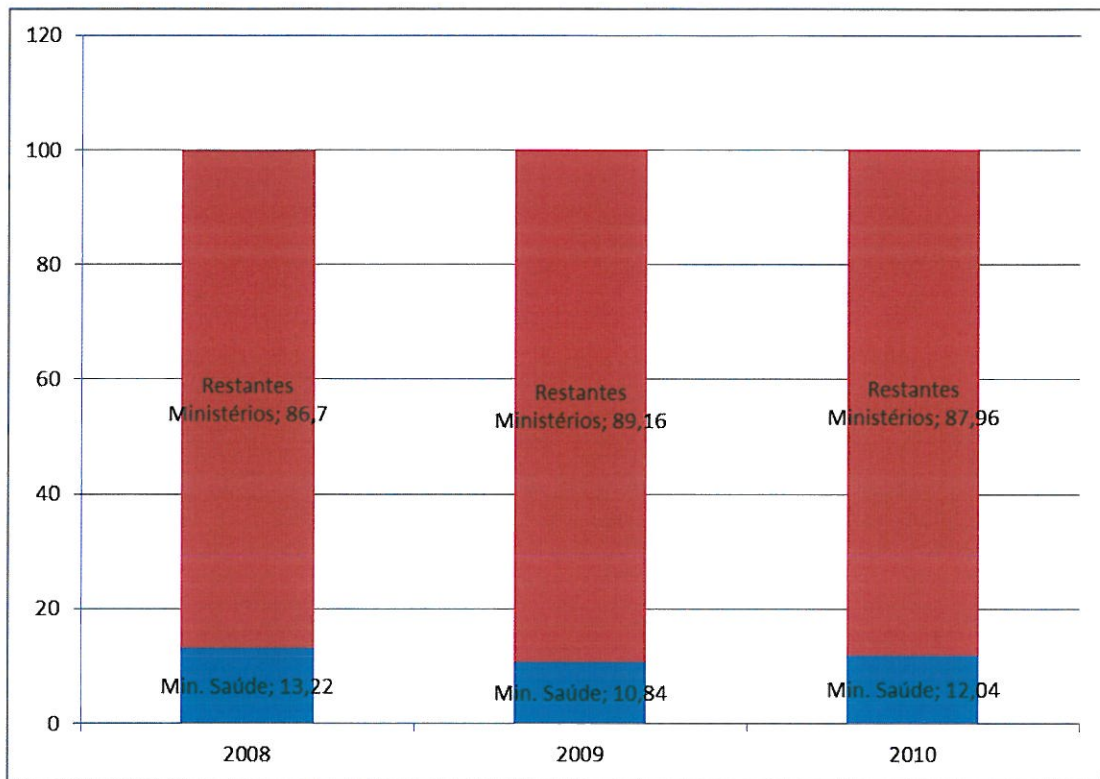


Fig. 1 Peso do orçamento do Ministério da Saúde

Conclui-se que os custos com a Saúde representam entre 10 a 14% de todo o Orçamento de Estado, conforme se exemplifica no gráfico anterior.

3.1.3 Grupos de diagnósticos homogéneos

Até 1980 o financiamento dos Hospitais Públicos Portuguesas era determinado, com base nos seus custos.

Constatando-se utilizações exageradas e abusivas dos serviços de saúde, tendo surgido tentativas de conter e controlar os gastos públicos com a saúde.

Em Março de 1977, foi nomeada a Comissão Coordenadora de Financiamento dos Serviços de Saúde, com a função de elaborar e coordenar o orçamento do SNS.

Esta Comissão exerceu estas funções durante um período alargado, mais precisamente, até à criação do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde.

Era constituída por elementos de Instituições na dependência direta do Ministério da Saúde, nomeadamente, António Leal Lopes, Presidente dos Serviços Médico-Sociais, Augusto Mantas, Diretor Geral dos Hospitais e Leonel Barreira, Diretor Geral de Saúde.

Com a constituição do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, responsável pelo orçamento do SNS e pela sua gestão financeira, foram definidos novos critérios para os hospitais, com o principal objetivo de criar incentivos para uma maior produtividade apelando a maior eficiência (Frederico, 2000).

Em 1981, segundo Mantas (1989), o modo de pagamento aos hospitais é alterado passando a estar associado parcialmente à produção final como o número de doentes tratados por especialidade médica, e intermédia, em particular os exames de diagnóstico.

O financiamento passa a diferenciar-se pela especialidade clínica, pelo tempo médio de internamento e pela taxa de ocupação dos serviços.

Embora este sistema de pagamento seja um enorme passo em frente, estava longe de ser o ideal, visto que a tipologia da sua produção expressa pelos vários tipos de doentes que trata, era rudimentar.

Em 1987 iniciam-se experiências para a implementação de um modelo de pagamento prospetivo aos hospitais.

Segundo Barros (1999), o pagamento prospetivo é definido como um pagamento fixo para um determinado tipo de diagnóstico que é independente dos custos realmente tidos com o caso clínico. O valor reflete o custo “normal” de tratamento para o diagnóstico em causa.

Embora permita, maior eficiência existe, no entanto, uma incerteza no exercício da atividade quando se verificam doentes que implicam custos elevados incorrendo o prestador em perdas.

Uma das grandes dificuldades para este modelo é a definição do preço a pagar de acordo com a produção hospitalar, obrigando geralmente à fixação de preços políticos (Escoval, 1999).

A definição dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) permitiu alguma concretização deste sistema de financiamento.

De acordo com Bentes, (1996), os GDH são agrupamentos de doentes internados em hospitais de agudos em classes clinicamente coerentes e homogéneas do ponto de vista de recursos. Estas classes são definidas a partir de elementos demográficos e clínicos que caracterizam os doentes tratados e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital.

Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) tiveram a base do seu desenvolvimento na Universidade de Yale, Estados Unidos da América (EUA) durante as décadas de 70 e 80 do séc. XX, vindo a obter ampla divulgação, não só nos EUA, como em grande número de países Europeus e na Austrália.

Em Portugal, em 1982, é criado um grupo de trabalho, denominado “Sistemas de Informação para a Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS)”, sediado no Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, sob a tutela de Augusto Mantas e coordenado por João Urbano.

Em 1987, a responsabilidade da condução deste programa foi integrada nos acordos de cooperação técnica e financeira entre o Governo Português e dos EUA, com o objetivo de proceder à modernização dos métodos de gestão dos hospitais, nomeadamente, através do estudo e implementação de um sistema de informação e controle de gestão.

Ainda nesse ano, iniciou-se o desenvolvimento de um modelo de financiamento para o internamento baseado nos “Diagnosis Related Groups”, DRG – os DRG utilizados em Portugal com a designação de “GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos”, que podemos definir como sendo um sistema de classificação de doentes internados em Hospitais de Agudos, em grupos clinicamente homogéneos em termos de consumo de recursos.

Em 1987, iniciaram-se os estudos para a sua aplicação em Portugal, começando em Janeiro de 1990 o período de transição para a sua implementação e aplicação nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em 1990, foi estabelecida uma tabela de preços regulamentando a faturação a terceiros, tendo por base o sistema de financiamento por GDHs iniciando-se um processo de racionalização de distribuição das verbas existentes, passando os preços definidos por GDHs a refletirem os custos praticados nos Hospitais do SNS.

Em 2005, é desenvolvido um projeto de implementação de cuidados aos doentes, cujo objetivo é dar resposta aos utentes que necessitam não só de cuidados de saúde, mas também de cuidados de apoio social.

Para a sua implementação foi criada, em Junho de 2006, a RNCCI, mas só em Novembro de 2006 iniciou a sua atividade.

Os cuidados continuados pressupõem uma recuperação no tempo de internamento dos doentes em Hospitais do SNS, para outras Unidades de Cuidados de Saúde.

3.1.4 Financiamento dos Hospitais por GDHs

A breve descrição que a seguir se apresenta, refere-se simplesmente ao modelo de financiamento do SNS, dado que as regras para a faturação a terceiros pagadores são, anualmente, publicadas em Diário da Republica.

Este modelo de financiamento desenvolveu-se num contexto, cujas principais características importa ter presentes, por um lado o Estado não só é detentor da maioria dos Hospitais, como constitui a sua maior fonte de financiamento. É no dizer de Correia de Campos, um Estado “Pai e Patrão”.(Revista Portuguesa de Gestão, nº. 34,1994, pág 29-36).

Este modelo de administração centralizada implica um modelo de gestão que em matéria de recursos humanos, origina que as despesas com pessoal representem, em média, 55% dos custos de exploração.

Os GDHs traduzem-se num sistema de classificação de doentes agudos internados, definidos em termos de uma ou mais das seguintes variáveis, que explicam os custos associados à sua estadia no Hospital:

- Diagnóstico principal,
- Intervenções cirúrgicas,

- Diagnósticos secundários,
- Idade,
- Sexo,
- Destino pós a alta.

Foi desenvolvida uma metodologia, em que o esquema foi constituído pela divisão inicial dos códigos principais de diagnóstico – grandes categorias de diagnóstico (GCD) as quais foram subdivididas em grupos, com base em valores de variáveis com o tempo de internamento.

Seguidamente, foram introduzidos os aspetos de validação clínica.

Posteriormente, evoluiu-se para um processo de análise de validação na primeira versão dos GDHs que integrava 333 grupos, constituídos a partir de 54 grandes categorias de diagnóstico (GCD).

Em 1980, foi dado um passo mais significativo, com a introdução do sistema de pagamento prospetivo (SPP), que foi ativado em todos os Hospitais de Agudos do Estado New Jersey tendo a Administração do Medicare atribuído fundos, à Universidade de Yale, para reformulação dos GDHs, utilizando para tal a classificação internacional das doenças, 9ª revisão, modificação clínica (CID-9-MC), adotada em 1997, representando melhoramentos significativos, na codificação de diagnósticos e atos médicos.

A quarta versão dos DGHs tornada publica em 1982 foi assim desenvolvida, e passou a constituir a base do financiamento prospetivo pela Medicare a partir de 1983, começando nessa altura a História dos GDHs modernos.

Poderemos, assim, determinar que os GDHs são um sistema de classificação de doentes, que permitem descrever os produtos do Hospital, a partir das características dos doentes.

Os GDHs, também, são úteis na realização de estudos em termos de tempos de internamento, identificando doentes que estejam a receber recursos baixos ou elevados, podendo os padrões de tratamento ser comparáveis entre médicos do mesmo Hospital ou de diferentes Hospitais.

Neste modelo, o pagamento é efetuado por doente saído, o qual é classificado num dos grupos da tabela de GDHs em vigor, sendo os grupos constituídos não só por elementos clínicos, nomeadamente, diagnósticos, intervenções cirurgias e outros atos médicos, mas também por características do doente, como: idade, sexo e, destino após a alta.

A cada GDH é associado um coeficiente de ponderação que se traduz numa medida do custo esperado com o tratamento desse GDH. Este tem, um coeficiente de ponderação de 1,0:

Por exemplo: se um GDH tiver uma ponderação de 1,5 significa que se espera que o consumo médio de recursos, seja uma vez e meia superior ao consumo do doente médio.

Estes coeficientes não são, diferentes de hospital para hospital constituem, antes, referências nacionais.

A composição de GHD de cada hospital exprime-se, através do seu índice “**case-mix**” que é determinado calculando o rácio entre o número de doentes saídos ponderados pelos coeficientes relativos dos respetivos GDH e o número total simples de doentes saídos.

O índice de “**case-mix**” é um indicador que caracteriza o perfil de produção da instituição em termos do custo dos seus doentes tratados.

Depois de conhecidos, para cada hospital, os elementos anteriormente descritos é possível determinar o montante de financiamento, tendo em conta, a seguinte fórmula:

$$I_h = (N_h \times ICM_h \times PB_h) \times (X_{Ih} \times d)$$

(A componente – $X_{Ih} \times d$, foi introduzida na fórmula orçamental de 1996)

em que:

- I_h = financiamento do internamento do hospital
- N_h = número estimado de doentes equivalentes do hospital
- ICM_h = índice de "case-mix" do hospital
- PB_h = preço-base do hospital

- Xlh = número total de dias de internamento do hospital, para além dos limiares máximos
- d = diária hoteleira

Ano: n

valor: em euro

(n-1) Grupo Nº.	Nº.doentes (Real)	Nº. Doentes equivalentes (Real)	Nº. Doentes (Est. Anual)	Nº. Doentes equivalentes (est. Anual)
Típicos:	18.795	18.795,00	19.068,00	19.068,00 €
De curta duração	1.617	259,74	1.625,00	263,71 €
De longa Duração	763	1.214,20	765,00	1.223,26 €
Transferidos	389	175,36	390,00	178,13 €
Total	21.564	20.444,30	21.848,00 €	20.733,10 €

Actualizado em (1,0759)	22.308,50
custo Médio por doente equivalente (n-1) dividido pelo índice de Case-Mix (n-1) igual a	1,12
Custo-Base do Hospital (n-1) combinado com	1,37
Custo-base do Grupo (n-1) na	1,39
Percentagem Defenida (n): e actualizado em (9,50%) igual a	0,70
Preço-base do Hospital (n) multiplicado pelo nº. estimado de doentes beneficiário do sistema geral (87%) multiplicado pelo índice de case-mix igual a:	1,51
Orçamento do Internamento por GDH (n) mais	23.983,67
componente Hoteleira (n) igual a:	237,59749
Orçamento do Internamento (n)	24.221,27

Fonte: IGIF/DDSFG, 1996

Fig. 2 Orçamento preliminar do internamento - sistema geral

Este quadro mostra o cálculo do montante de financiamento, atribuído a um determinado hospital para o ano económico n, utilizando a fórmula anteriormente descrita.

Na primeira coluna encontra-se representado o número total de doentes saídos do ano n separados por grupos, nomeadamente, normais curta duração, longa duração e transferidos, os quais serão convertidos em doentes saídos equivalentes (coluna 1), e, estimados para o total do ano n (coluna 3), e ainda, calculados para o ano orçamental n (coluna 4).

Finalmente, o custo médio por doente equivalente do ano n, é ajustado pelo índice de “case-mix” do hospital², o qual é depois combinado com o custo médio por doente equivalente ao grupo ao qual pertence o hospital, na percentagem definida para o ano em causa -

A aplicação deste modelo, implica a identificação dos custos associados a cada um dos grupos, tendo-se verificado algumas limitações a vários níveis.

Em primeiro lugar, quando não são recolhidos nos hospitais, elementos suficientes dos doentes, os custos associados a cada GDH, tem sido necessário recorrer a métodos de estimativa desses custos, a partir da utilização de coeficientes de valor relativos desenvolvidos nos EUA, de forma a repartir os custos totais pelos diferentes GDHs.

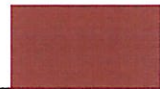
Em conclusão, os GDH permitem que os Hospitais sejam pagos/financiados de uma forma mais equitativa, e que os recursos do financiamento sejam distribuídos pelos serviços de internamento, tendo em conta a complexidade e os custos dos doentes que tratam.

Não obstante as dificuldades que, normalmente, acompanham os processos de mudança, a implementação dos GDHs em Portugal, constitui um passo importante para encarar uma nova forma de gestão e financiamento dos Hospitais.

O conceito de “case-mix”, associado aos GDHs, permitiu produção e informação mais objetiva e significativa.

Este modelo não constitui, no entanto, um processo definitivo mas, representa uma via válida para um financiamento mais justo dos Hospitais do SNS.

² Hospitais Centrais; Hospitais Distritais; Hospitais Concelhios.



Em conclusão: os GDHs permitem que os Hospitais sejam pagos/financiados de uma forma mais equitativa, e que os recursos do financiamento sejam distribuídos pelos serviços de internamento, tendo em conta a complexidade e os custos dos doentes que tratam.

CAPÍTULO 4 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E CUIDADOS CONTINUADOS EM PORTUGAL

As modificações demográficas, sociais e familiares que vêm ocorrendo na sociedade portuguesa, determinam novas necessidades para certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas e pessoas com deficiência.

A crescente necessidade de prestação de cuidados continuados, envolve a participação e a colaboração de diversos parceiros sociais e o envolvimento do Estado, como principal incentivador da ação.

Para a prossecução desse objetivo foi criado um grupo de trabalho³ com a incumbência de proceder ao diagnóstico e análise das situações cujas respostas passam pela intervenção conjunta destas áreas, tendo como conclusão o Despacho-Conjunto nº. 407/98, de 18 de Junho.

As alterações propostas por este grupo de trabalho tinham como objetivo:

- Criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da ação social de modo a responder às necessidades de dependência e de contexto sociofamiliares.
- Instituir um modelo de completa *interface saúde/ação social* com o envolvimento de vários parceiros e o aproveitamento dos recursos já existentes.

4.1 Modelo de intervenção

O modelo de intervenção articulado preconizado, tem como objetivo fundamental, promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, privilegiar

³ Despacho conjunto da Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira, e do Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, Ferro Rodrigues, de 5 de Junho de 1996, publicado no *Diário da República*, 2ª.Série, nº. 148, de 28 de Junho de 1996

a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo ao recurso do internamento em unidades residenciais.

Caracterizados os grupos alvo da intervenção e determinadas as necessidades, identificam-se as entidades mais vocacionadas para intervirem na execução da resposta adequada, definem-se as estratégias para a sua implementação, gestão e financiamento:

- Apoio social,
- Cuidados de saúde continuados,
- Respostas integradas.

4.1.1 Apoio social

O apoio social é desenvolvido em equipamentos ou mediante a prestação de serviços através de um sistema de cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias e mutualistas, nas áreas de:

- Serviço de apoio domiciliário,
- Centro de dia,
- Acolhimento familiar,
- Lar,
- Centro de atividades ocupacionais,
- Lar de apoio,
- Lar residencial.

A comparticipação financeira para o funcionamento das atividades de apoio social e os termos e condições da prestação de cuidados de saúde são definidos, localmente, mediante a celebração de acordos de cooperação entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social das administrações regionais de saúde e das instituições envolvidas.

4.1.2 Cuidados de saúde

Os serviços de saúde que respondem às necessidades dos utentes são constituídos pelos serviços integrados no SNS, através dos centros de saúde e hospitais.

4.1.3 Respostas integradas

As respostas integradas envolvem, prioritariamente, os serviços de saúde e os serviços de ação social, através dos centros regionais de segurança social, bem como instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e outras organizações não-governamentais, misericórdias e mutualidades, mediante acordos de cooperação.

Neste grupo, encontram-se incluídas as medidas de natureza preventiva, de reabilitação e de apoio às pessoas em situação de dependência.

Estas medidas visam a concretização dos seguintes objetivos:

- Melhorar a qualidade de vida e promover a inserção social e comunitária, além de contribuir para a valorização pessoal das pessoas;
- Favorecer e privilegiar a permanência no domicílio e no meio familiar e social;
- Colaborar com as famílias, reforçando as suas capacidades e competências, apoiando e concedendo-lhes ajuda técnica;
- Criar e promover condições que permitam a autonomia e o bem-estar.

4.2 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

4.2.1 Criação/história

Em Portugal, nestes últimos anos as orientações da política de cuidados na velhice têm-se centrado na articulação entre os Ministérios da Segurança Social e da Saúde através de programas de cuidados continuados e o Apoio Integrado a Idosos (PAI) de âmbito nacional.

Com a Lei nº. 101/2006, de 6 de Junho é constituída a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estrutura cujo principal objetivo é dar resposta de

cuidados globais às pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

A Rede é coordenada a dois níveis, regional e local, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, concretizado “*unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social e cuidados de ações paliativas*” estando centrada nos serviços da comunidade e da proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais de segurança social, a Rede Solidária e autarquias locais.

A implementação da Rede decorre em três fases, sendo que a primeira decorreu entre 2006 e 2009 incluindo as experiências piloto, a segunda fase de 2009 a 2012 visa atingir 60% de cobertura e, na última fase 2013 a 2016 pretende-se a cobertura de 100%.

A implementação da RNCCI é uma das mais importantes inovações nas políticas públicas de saúde das últimas décadas.

Face às carências a nível dos cuidados de saúde e sociais, o Estado define, como estratégia, a instauração de políticas públicas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde, e de Políticas de segurança social, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, sociedade civil e o Estado, como principal incentivador.

A RNCCI constitui uma nova abordagem no SNS, que vem sendo implementada há vários anos nos países da Europa, ou seja, vem dar resposta às necessidades dos cidadãos, contrariando a tendência para a concentração de doentes nos Hospitais ou nos Cuidados de Saúde Primários, dando lugar a um vazio enorme, entre a saída do Hospital e o que acontece na continuidade dos cuidados após a alta/domicílio.

O sistema de saúde nem sempre tem atenção, às necessidades dos doentes que necessitam sobretudo, de manutenção, recuperação e readaptação.

A RNCCI, foi criada e implementada para dar resposta a estas situações.

É através das respostas intersectoriais que se integram as políticas do sector da saúde da segurança social, parceiros do sector social, privados, sociedade Civil e o Estado como principal incentivador em que a estratégia traçada é maximizar a

prestação de cuidados comunitários de proximidade, que é uma inovação para o SNS.

A ligação do Estado a estes parceiros sociais reflete-se na celebração de um acordo para integração na RNCCI, mediante a definição de direitos e obrigações das partes, modelos de financiamento, bem como a definição dos cuidados a prestar.

É de salientar, que a contratualização com entidades privadas com fins lucrativos carece de visto em sede de fiscalização prévia por parte do Tribunal de Contas.

A prestação de cuidados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, assenta nos princípios da multidisciplinaridade, envolvendo profissionais de várias especialidades (médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos, técnicos do serviço social, auxiliares de ação médica e ajudantes de saúde) em parceria com instituições privadas de solidariedade social (IPSS), misericórdias, ordens religiosas, instituições privadas e o Serviço Nacional de Saúde, entre outros.

4.2.2 Missão e seus objetivos

Tendo por base a concretização do objetivo definido pela legislação, podemos definir que a sua principal missão passa por:

“(…) prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência..” (Fonte: UMCCI, 2007).

Em termos concretos, a RNCCI visa a concretização dos seguintes objetivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação.

- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.

4.2.3 Organização

A prestação de cuidados é feita através das quatro tipologias:

- Unidades de Internamento - Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção e Cuidados Paliativos;
- Unidades de ambulatório - Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia;
- Equipas Hospitalares – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos;
- Equipas Domiciliárias – Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

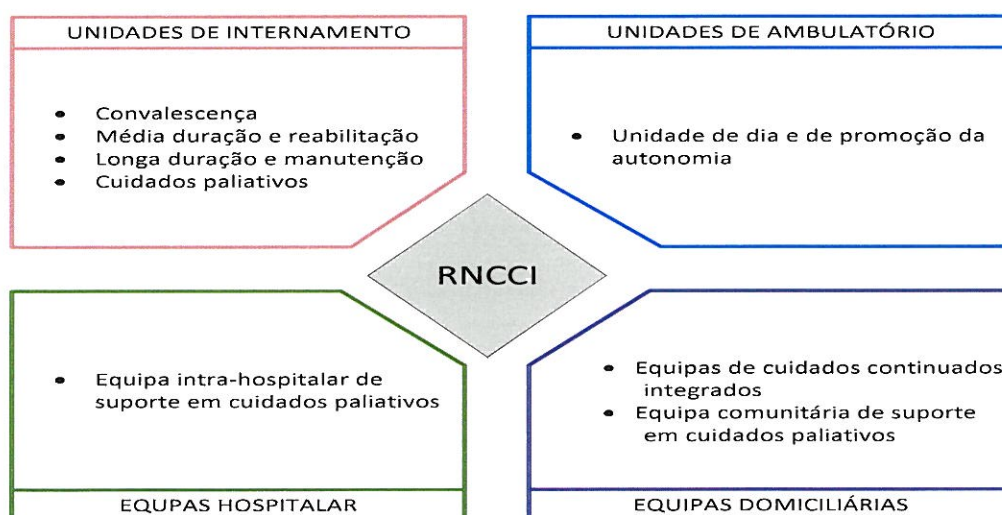


Fig. 3 Organização da RNCCI

A RNCCI assenta em padrões de recuperação conjunta abrangendo as componentes médicas e sociais, durante um período que se prolonga para além do

necessário para o tratamento da fase aguda da doença ou para a intervenção preventiva, intervindo na reabilitação, adaptação, reintegração social, bem como na manutenção do bem-estar e qualidade de vida do doente.

Os cuidados continuados integrados representam uma mudança no conceito da prestação de cuidados, colocando as pessoas, as famílias e as suas necessidades no centro das atenções dos profissionais de saúde e de apoio social, introduzindo novas metodologias.

4.2.4 Unidades e equipas da RNCCI

No âmbito da prestação de cuidados de saúde e de apoio social são considerados 4 grandes grupos de tipologia de resposta adaptados às necessidades de cada doente.

Unidades de internamento

Unidades de Convalescença - Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional devendo ser referenciados para esta tipologia pessoas de elevado potencial de recuperação previsível até 30 dias .

Unidades de Média Duração e Reabilitação - Respondem às necessidades transitórias, promovendo a recuperação e independência em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, previsível entre os 30 dias e 60 dias.

Unidades de Longa Duração e Manutenção - Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência a doentes com processos crónicos de dependência e graus de complexidade que não possam ou não devam ser cuidados no domicílio, num período de internamento em regra superior a 90 dias.

Unidades de Cuidados Paliativos - Destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo. Também, constituem resposta da RNCCI as equipas domiciliárias designadamente as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e as equipas de cuidados continuados integrados.

Equipa hospitalar

Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos -Estas equipas estão sedeadas nos hospitais de agudos. Tem por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital, integrando elementos dos diferentes grupos profissionais com formação em cuidados paliativos.

Equipas de gestão de altas (EGAS) - São equipas hospitalares multidisciplinares cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares, com outros serviços, para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais.

Equipa domiciliária

Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) - São da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), DL n.º. 28/2008, direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. Estas equipas devem incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos.

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos - Destinam-se às pessoas em situação de dependência, cujas situações clínicas e sócio familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação ou manutenção são facultados em regime de dia.

4.2.5 Modelo de gestão

O modelo de gestão da RNCCI assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços, exercida a nível nacional pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e operacionalizada a nível regional e local pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) e Equipas Coordenadoras Locais (ECL).

A sua constituição intersectorial assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação incluindo-se na composição destas equipas, elementos da área da saúde e da segurança social.

À estrutura de missão (UMCCI) compete a condução e lançamento global da RNCCI, e contribuir para a implementação de serviços comunitários de aproximação em articulação com os centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, constituindo-se as ECR com representantes da saúde e da segurança social a nível regional, competindo-lhe a implementação do plano regional, previsão, acompanhamento e controlo da execução financeira; garantir a articulação entre entidades e parceiros; monitorizar e controlar a atividade prestada de forma a garantir a qualidade dos cuidados; análise de propostas para integrar a rede; formação profissional e divulgação da informação à população; garantir a equidade e adequação no acesso à Rede.

A nível local, cabe às ECL, a atuação na área de influência dos respetivos ACES, assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local; assegurar a preparação de altas; promover parcerias; acompanhar a utilização dos recursos da Rede, bem como o cumprimento dos contratos.

4.2.6 Financiamento

O financiamento é sobretudo assegurado pelo Orçamento do Estado, através da cativação de verbas dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que são divididas pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade (34,8%) e da Saúde (16,6%).

Conta, ainda, com a comparticipação dos utentes/agregados familiares na medida dos seus rendimentos, nas tipologias de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção. As restantes tipologias são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde (art. 47 do DL n.º 101/2006).

De acordo com o artigo n.º 46 do DL n.º 101/2006, o financiamento das equipas e Unidades da Rede obedece, assim, ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva.

No momento atual, a distribuição das verbas aos ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde encontram-se definidos, respetivamente, nos pontos 5 e 6 do art.º 3º - Resultados de exploração como se ilustra nos quadros seguintes:

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	
Percentagem	Destinatários
13%	Desenvolvimento de programas, medidas, projetos, ações, equipamentos e serviços que visem elevar o nível de vida das pessoas idosas, melhorar as condições de vida e de acompanhamento das pessoas com deficiência, promover o apoio a crianças e jovens, à família e à comunidade em geral, o combate à violência doméstica e à violência numa perspetiva de género, bem como o apoio a crianças e jovens carenciados e em situação de risco, nomeadamente através do desenvolvimento de modelos de financiamento que visem o alargamento ou a melhoria da qualidade da rede de equipamentos e serviços, desenvolvimento de programas de combate à pobreza e à exclusão social e ainda através da cobertura de despesas efetuadas por estabelecimentos e instituições de solidariedade social que prossigam modalidades e ações no domínio da ação social, bem como o desenvolvimento de medidas de apoio às comunidades portuguesas
9,3%	Cobertura parcial das despesas efetuadas pelas instituições de solidariedade social no domínio da ação social
2,8%	Apoiar as instituições particulares de solidariedade social que prossigam modalidades de ação social
2,5%	Afetos a estabelecimentos e instituições que prossigam ações no domínio da prevenção e reabilitação de deficientes e de apoio a deficientes graves e profundos
2,3%	Programas e projetos de combate à pobreza e exclusão social

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	
1,7%	Projetos especiais de apoio a crianças carenciadas e em risco incluindo os referentes à recuperação e educação especial de crianças com deficiência
1,7%	Projetos e ações de auxílio à população idosa carenciada
1,2%	Prestação de serviços sociais nas áreas do turismo social e sénior, do termalismo social e sénior, da organização dos tempos livres, da cultura e do desporto populares a afetar ao Instituto Nacional de Aproveitamento dos Tempos Livres
0,3%	Medidas e projetos de apoio à família e à criança

Tabela 4 Distribuição das verbas atribuídas ao MTSS

Ministério da Saúde	
Percentagem	Destinatários
16,6%	Ações previstas no Plano Nacional de Saúde, designadamente para projetos no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, como sejam a luta contra a sida, luta contra o cancro, prevenção das doenças cardiovasculares, cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência e para o desenvolvimento de projetos e ações de prevenção, tratamento e reinserção no âmbito da toxicodependência

Tabela 5 Distribuição das verbas atribuídas ao MS

O decreto-lei 101/2006, de 6 de Junho, preconiza, no seu artigo 46º, que o financiamento da RNCCI se rege por um modelo próprio regulado por portaria conjunta dos ministérios das Finanças, da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.

Inicialmente e no sentido de permitir a concretização das experiências pilotos, foi publicada a portaria 994/2006, de 19 de Setembro, entretanto revogada pela portaria 1087-A/2007, de 5 de Setembro.

A presente portaria visa a concretização dos seguintes objetivos:

- Fixar os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório;
- Fixar as condições gerais para a contratação.

Os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório, encontram-se definidos no anexo II da referida portaria, podendo ser revistos anualmente mediante a aplicação de

“[...] um coeficiente resultante da variação média do índice de preço no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existam valores disponíveis.” (n.º 6 do DL 101/2006).

A referida portaria estabelece, ainda, que os preços possam ser revistos cinco anos após a publicação da portaria, isto é, poderão ser revistos em 2012.

Os modelos de contrato definem modalidade única de pagamento para a contraprestação dos cuidados de saúde ministrados pelas unidades da RNCCI, baseado nos preços estabelecidos por diária de cada utente internado.

4.2.7 Custos

Em termos de custos em saúde, as condicionantes são várias, tendo em consideração as questões demográficas, levantadas pela estrutura populacional, e as participações a nível da Segurança Social que condicionam os gastos em cuidados continuados, uma vez que Portugal é dos países da União Europeia com mais elevada taxa de idosos e uma menor taxa de população ativa (INE, censos 2001).

A agravar esta situação, e de acordo com algumas projeções (e.g., Gonçalves e Carrilho, 2007) espera-se que em 2050 a percentagem de idosos seja de cerca de 32% e a percentagem de jovens 13%, o que originará uma dupla pressão: - por um lado o aumento do número de idosos onera os custos com os cuidados, por outro, uma diminuição com o número de jovens que se traduz na redução de um número de pessoas em idade ativa e, por consequência, numa diminuição das contribuições para a segurança social.

Conforme consta no Relatório de Primavera 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) na execução financeira dos anos 2009 e 2010, constante nos relatórios UMCCI, observa-se um acréscimo de orçamento de 12,1 de um ano para o outro que se deveu, fundamentalmente, a custos de funcionamento (27,8%), originando uma redução de 18,1% no orçamento de investimento; os custos de funcionamento decorrem de um aumento de 26% de utentes assistidos.

4.2.8 Funcionamento da RNCCI

Devemos considerar duas vertentes importantes para o funcionamento da RNCCI.

Por um lado, o encaminhamento dos doentes para rede através de um processo de referenciação e por outro, garantir os meios necessários para a prestação dos serviços.

Neste último ponto, é considerada a participação de entidades externas à administração pública através da celebração de contratos.

4.2.9 Referenciação dos doentes

O acesso à RNCCI é feito através de referenciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de saúde.

O ingresso na RNCCI efetua-se através de um processo de referenciação com critérios específicos. Conduzido pela ECL, independentemente da tipologia de cuidados (internamento ambulatório ou apoio domiciliário).

Para o efeito, cada ECL é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.



(Fonte: UMCCI, 2007)

Fig. 4 Funcionamento da UMCCI

É necessário que o doente (ou o seu representante) formalize, sempre, o seu consentimento e, no caso das Unidades de Reabilitação e Unidades de Manutenção, aceite as respetivas condições de comparticipação.

4.2.10 Adesão de entidades à RNCCI

A adesão de entidades externas à Administração Pública obedece a um circuito que se inicia com o contrato, da entidade, com a ECR a qual disponibiliza a informação necessária para a elaboração do processo de adesão⁴ vindo a efetivar-se com a celebração de um acordo bipartido, nas tipologias de convalescença e de paliativos, entre a Administração Regional de Saúde, e a Entidade prestadora, e com a celebração de um acordo tripartido, nas tipologias de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, entre ARS, o Centro Distrital da Segurança Social e a Entidade prestadora.

⁴ Condições de funcionamento constantes da Portaria n.º 1087- A/2007, de 5 de Setembro; Condições de instalação constantes da Portaria n.º 578/2009, de 1 de Junho.

CAPÍTULO 5 METODOLOGIAS E RESULTADOS

O presente trabalho foi elaborado com base em pesquisa bibliográfica, leitura exploratória de vários documentos, legislação, relatórios, artigos, dissertações de mestrado, assim como pesquisa na internet, referente a diversos temas.

Para efeitos da caracterização da utilização do atual serviço nacional de saúde e da evolução do conceito de cuidados continuados, procedeu-se à análise de diplomas legais e referências bibliográficas relacionadas com esta temática.

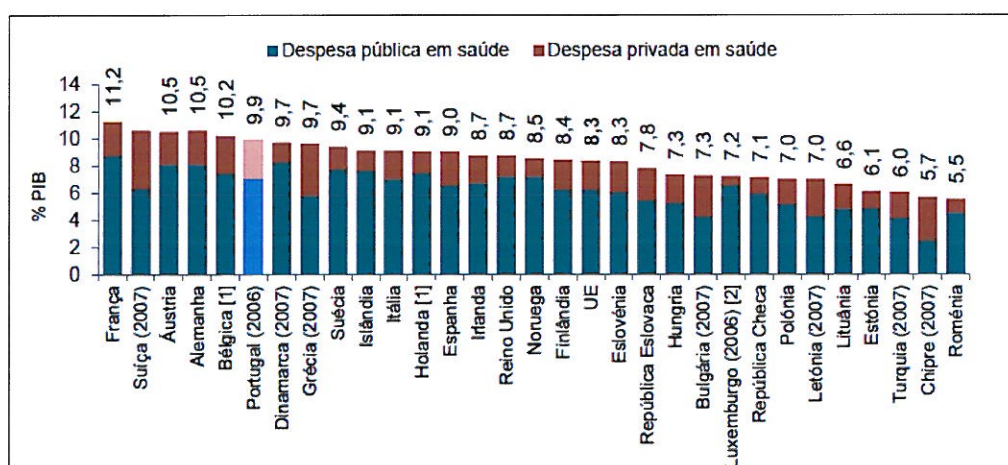
No que se refere à análise comparativa dos custos entre o SNS vs RNCCI, procedeu-se:

- Análise da informação Hospitalar tendo com base o sistema de financiamento do SNS, baseado em GDHs.
- Informação relativa aos custos associados por GDHs, mostrando que é possível determinar o montante de financiamento, tendo em conta a seguinte formula: $Ih=(Nh \times ICMhxPBh) \times (Xlh \times d)$.
- O método de cálculo utilizado no período das Experiências Piloto, foi com numa estimativa no número de dias de internamento declarados pelos prestadores no período compreendido entre Outubro de 2006 e Abril de 2007. (Portaria nº. 994/2006, de 6 Novembro (DR 1ª.Série, nº. 181, de 19 de Setembro).
- O calculo baseado nas declarações diárias de 48 Unidades através de registos mensais, RIM, num total de 49.094 dias de internamento no período entre Novembro de 2006 e Abril de 2007, e nos custos de funcionamento das Experiências Piloto, aplicando os preços estabelecidos na Portaria nº. 994/2006, de 6 Novembro. (Portaria nº. 1087 A/2007, de 29 Outubro, DR nº. 171 Série I 1º. Suplemento).
- Neste contexto, temos: O hospital efetua o pagamento por Grupos de Diagnostico Homogéneo (GDH), (Portaria nº. 132/2009, de 30 de Janeiro, 1ª. Série, nº. 21, pg 660-758, Fonte: ACSS,IP). O método de pagamento da UCCI, tem como base valores fixos diários/internamento e ambulatorio, a

RNCCI, pratica desde 2011 os preços da Portaria nº. 220/2011, de 01 de Junho (DR nº. 106, 1ª. Série).

5.1 Peso da Saúde no PIB

Para uma abordagem da posição de Portugal, relativamente à dimensão económica do sector da saúde, face a um conjunto de países com sistemas económicos comparáveis no que concerne aos indicadores de natureza económica e financeira, de acordo com os dados disponibilizados pela OCDE para o continente europeu destacam-se:



[1] Despesa corrente em saúde (excluindo investimentos).

[2] Despesas com saúde destinadas à população segurada, diferente da população residente.

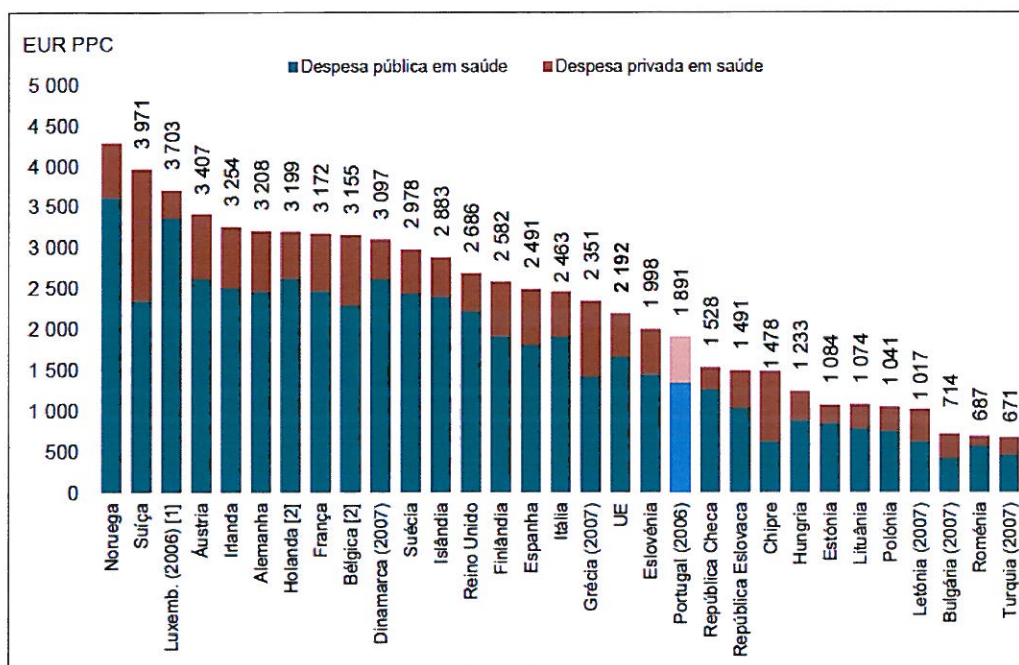
Fonte: OECD (2010), Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing; Eurostat Statistics Database; WHO National Health Accounts.

Fig. 5 Despesa pública vs privada na Europa

Portugal, no ano de 2006, regista um valor de despesa total em saúde, que corresponde 9,9% PIB repartido em despesa pública em saúde 7,1% e despesa privada em saúde 2,8% acima da média da EU (8,3%) ficando à frente de países como Suécia, Noruega, Finlândia.

Os países da União Europeia, em média no ano de 2008, despenderam 8,3% do PIB em despesas de saúde e o rácio de despesa total em saúde sobre o PIB variou entre 5,5% registado na Roménia e 11,2% na França, situando-se, por isso, Portugal neste intervalo.

Contudo apesar de este rácio ser elevado, se a análise se centrar nas despesas em saúde per capita, Portugal apresenta um valor moderado de despesa relativamente ao conjunto de países em referência.



[1] Despesas com saúde destinadas à população segurada, diferente da população residente.

[2] Despesa corrente em saúde (excluindo investimentos)

Fonte: OECD (2010), Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing; Eurostat Statistics Database.

Fig. 6 Despesa com saúde per capita

Note-se que, em 20 anos, Portugal aumentou o peso dos gastos em saúde face ao PIB, considerando que em 1980 o valor percentual era de 5,6% do PIB, repartidos em 3,6% de despesa públicos e 2% de despesa privada.

É de referir que o maior crescimento da despesa de saúde se verifica pela componente pública, já que a componente privada manteve um crescimento mais equilibrado. (Campos Correia, Relatório Final Fev. 2007, Pág 62).

Como resultado da crise internacional estima-se que em alguns países, o crescimento destes rácios seja acentuado por via da estagnação económica com reflexo proporcional, não expectável, ao nível da contenção da despesa em saúde.

5.2 Fontes de Financiamento da Despesa com a Saúde

As fontes de financiamento consideradas são, por um lado a despesa pública e por outro, na componente privada incluem-se os pagamentos diretos, os seguros privados de saúde e outra despesa privada.

Recorrendo às estatísticas que constam do relatório acima referido, (Campos Correia, Relatório Final Fev. 2007) o peso do financiamento público face ao total da despesa em saúde é de (71,9%), situando-se abaixo da média da UE15 (75,6%) e da OCDE (73%); no entanto os pagamentos diretos das famílias estão acima das médias representando mais 4,4% do que a média da UE15 e mais 2% do que a média da OCDE.

A evolução das duas componentes regista a partir do ano de 2000 uma menor importância do SNS e da despesa privada familiar e o aumento de outras despesas públicas e dos seguros privados no financiamento dos gastos com saúde, evidenciando no gráfico comparativo do período de 2000 a 2004 (Campos Correia, Relatório Final Fev. 2007, Pág 67).

5.3 Impacto dos gastos da Saúde no Orçamento do Estado

Em termos de gastos públicos com a saúde, as projeções e metodologias utilizadas são as da OCDE que considera a projeção das despesas públicas incluindo os cuidados de saúde e os cuidados continuados e a da Comissão Europeia que estima o impacto do envelhecimento da população nestes dois grupos.

Da análise das verbas atribuídas inscritas no Orçamento de Estado, para os períodos em análise, verifica-se um decréscimo das verbas atribuídas ao ministério da Saúde.

Apesar disso foi possível um investimento no alargamento da RNCCI com maior impacto em 2009, atingindo a nível nacional, em 31 de Dezembro um total de 3938 camas, em que 625 camas são da tipologia Convalescença.

5.4 Impacto dos gastos nas Instituições Hospitalares do SNS

A diferença do encargo suportado com um doente numa Unidade Hospitalar com financiamento por GDH ou o encargo com esse doente se, logo que clinicamente possível, for referenciado para Unidade da RNCCI, é de mais significativo na redução dos encargos do Orçamento do Ministério da Saúde.

Nos custos de um doente internado, financiado por GDHs, em Hospital de Agudos classificados no Grupo de Categoria de Diagnóstico (GCD) e, dentro deste num Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) 465 e 466, com internamento igual ou inferior a vinte e quatro dias verifica-se uma diária de 512,00 € e 566,00 €, respetivamente, sendo que os mesmos doentes, com as mesmas características e com internamento hospitalar superior a vinte e quatro dias, atingem um custo diário de 1.230,23 € (Tabela Nacional GDH's,, Portaria de 2009).

É de salientar, que os cálculos dos custos dos doentes por GDH, são calculados por categoria, utilizando para o efeito a tabela nacional de preços por GDH. A determinação do doente em determinado GDH, é feita por médicos codificadores com formação específica, existentes nos hospitais SNS. O apuramento dos custos é feito informaticamente através de programa existente nos hospitais.

Nas Unidades de Cuidados Continuados na tipologia de Convalescença, o custo/dia, representa para o Estado um valor de 90,39 €, suportando este valor todas as despesas da Unidade, incluindo pagamento de salários. A este valor acresce o montante de 15,00 €, destinado a medicamentos e material de consumo clínico tendo por base um prontuário elaborado em colaboração com médicos e farmacêuticos aprovado pela DGS⁵ (Portarias n.ºs. 220/2007 e 189/89).

Estes doentes, em situação de agudização do seu estado clínico, são enviados às urgências dos Hospitais do SNS e têm igualmente acompanhamento ambulatorio pelos mesmos Serviços do SNS para diferentes especialidades clínicas ou/e exames e Meios Complementares de Diagnóstico, tal como qualquer utente do SNS.

⁵ Ver a seguinte legislação: Portaria 220/2011, Portaria 189/2008, Dec.Retific. 101/2007 e Portaria 1087/2007, 994/2006.

Daí que, existe toda a vantagem económico-financeira de direcionar mais recursos para os Cuidados Continuados Integrados para que eles dêem resposta a todas as necessidades dos utentes pós-alta, evitando prolongamentos de internamentos hospitalares na fase pós aguda da doença em que o doente se mantém no hospital desadequadamente por não haver a tal resposta alternativa, sobrecarregando o Orçamento da Saúde por via dos custos hospitalares em detrimento de menores custos nas Unidades da Rede.

5.5 Avaliar o impacte nos doentes

O grau de autonomia física é o principal parâmetro de avaliação usado para monitorizar a evolução dos doentes assistidos na RNCCI.

As escalas utilizadas fazem parte do instrumento de avaliação único comum às diferentes entidades intervenientes nos processos de referenciação e cuidados.

Na avaliação de autonomia comparam-se os valores dos registos válidos em doentes que tiveram alta das tipologias da rede.

O grupo etário acima dos 80 anos tem um grande peso nos utentes da Rede, sendo 39% em 2011. Ora esta circunstância condiciona a obtenção de melhoria de autonomia, associada ao grau de incapacidade/independência na admissão.

O grau de autonomia na admissão na rede é um dos fatores que condiciona o sucesso da intervenção.

No gráfico “evolução de Incapazes/Dependentes na admissão na RNCCI demonstra-se que os utentes admitidos incapazes são de 87% em 2008 evoluindo nos anos seguintes para cerca de 95% (UMCCI, Fig 17, Relatório Fev. 2012, Pg 49).

No mesmo relatório é analisada a evolução da autonomia física global. Tendo como amostra 12.630 utentes constata-se uma melhoria em 5.632 utentes representando assim 45% dos utentes admitidos, apesar das características dos utentes referidos anteriormente.

Estes dados são relativos às quatro tipologias. Discriminado a Convalescença, que tem como objetivo a melhoria da autonomia global, na admissão incapazes e

dependentes em 2008 representavam 77% do total, em 2009 91%, em 2010 95% e 92% em 2011.

5.6 Grau médio de autonomia

O grau médio de autonomia dos doentes que após o internamento são transferidos para respostas mais adequadas e com melhor custo/efetividade, promovendo autonomia e independência e um forte investimento nos cuidados domiciliários são determinantes.

Este grau é medido entre a data de admissão e a data de alta na Unidade de Convalescença.

Na tabela seguinte observa-se o destino dos utentes saídos da tipologia de convalescença

Destino	UC			UMDR			ULDm			ECCI			UCO		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Domicílio com suporte	87%	55%	62%	81%	63%	57%	87%	68%	46%		52%	64%		30%	27%
Domicílio sem suporte	11%	30%	29%	0%	15%	12%	11%	11%	7%		8%	10%			22%
Resposta social	1%	6%	7%	17%	15%	14%	1%	12%	14%		4%	5%		5%	6%
Outros	1%	9%	1%	2%	8%	7%	1%	10%	18%		25%	3%		20%	13%
RNCCI - Outras			2%			10%			15%		11%	19%		45%	33%

Tabela 6 Uteses saídos da tipologia de convalescença

Verificou-se uma quebra de 87% em 2008 para 55% em 2009, tornando a subir em 2010 para 62% nas altas para o domicílio, com suporte, um aumento das altas para domicílio sem suporte e um aumento das altas para resposta social e outros.

Em 2011 a demora média em Convalescença a nível Nacional situou-se 43 dias, sendo a menor relativamente às restantes tipologias conforme consta no citado Relatório.

5.7 Grau de satisfação do doente

Com vista à satisfação dos utentes foi elaborado um questionário criado em colaboração com o ISCTE aplicado aos utentes da RNCCI em amostra simples com grau de confiança de 95% e margem de erro máxima de 5%.

É de realçar que as respostas com a classificação de muito boa evoluíram de 25% para 45% e que os valores de Bom e Muito Bom situam-se acima dos 90%.



Quanto mais as equipas se encontram motivadas, maior confiança transmitem aos utentes proporcionando, assim, uma melhor satisfação por parte dos utentes.

CAPÍTULO 6 CONCLUSÕES

Um dos problemas, que mais tem preocupado, e continua a preocupar os responsáveis deste país, nomeadamente o titular da parte da Saúde, é sem dúvida a problemática do peso no Orçamento de Estado, das verbas destinadas ao sector da saúde, as quais apesar de se distanciarem muito, das necessidades reais da população, não só em termos de cuidados de doentes agudos como, doentes denominados “paliativos” sendo estes últimos o maior problema que afeta não só os Hospitais como também a população em geral.

O modelo de financiamento atual, representa um “encargo” elevadíssimo para o Estado, dado que os Hospitais são financiados e funcionam “praticamente” através das verbas que lhes são atribuídas, pelo Ministério de Saúde.

No entanto, e após a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), verifica-se um “aliviar” do Orçamento do Estado, tendo em conta que a Rede financia-se a si própria, através de verbas dos Jogos da Santa Casa da Misericórdia.

No desenvolvimento do referido trabalho, demonstrou-se que, não só o facto de a Rede ter verbas “próprias”, mas também o valor custo/doente é inferior ao mesmo doente internado em Hospital do SNS.

Nos custos de um doente internado, financiado por GDHs, em Hospital de Agudos classificados no GDH 465 e 466, com internamento igual ou inferior a vinte quatro dias, verifica-se uma diária de 512,00 € e 566,00 €, respetivamente, sendo que os mesmos doentes, com as mesmas características e com internamento hospitalar superior a vinte e quatro dias, atingem um custo diário de 1.230,23 €.

Nas Unidades de Cuidados Continuados na tipologia de Convalescença, o custo/dia, representa para o Estado um valor de 90,46 €, suportando este valor todas as despesas da Unidade, incluindo pagamento de salários. A este valor acresce o montante de 15,00 €, destinado a “*encargos com medicamentos, realização exames auxiliares de diagnóstico e material de penso para tratamento...*”.

É de salientar, que o custo/dia nas Unidades não é passivo de aumento de custos, independentemente do período necessário à convalescença do doente.

Da análise dos dados apurados, conclui-se que os doentes devem ser transferidos para as Unidades da Rede, dado que o valor acima referido numa Unidade de Cuidados é fixo e constante da diária fixada pela Portaria nº. 220/2011.

Nos Hospitais do SNS a despesa com pessoal, é considerada a “fatia” mais pesada no orçamento destas Instituições.

A permanência dos doentes em hospital de agudos apresenta um risco de agudização através da contração de doenças infecciosas, provocadas pelo ambiente hospitalar e pela prestação de cuidados de saúde. Assim, os tempos de internamento prolongados aumentam o risco de infeções, provocando por sua vez um aumento significativo, do custo de doente internado.

Do exposto, é importante ter em conta, o cumprimento e utilização da chamada “alta adequada precoce” do doente no sentido de se obter uma diminuição substancial na morbidade e mortalidade hospitalar.

Neste contexto, é de considerar as repercussões do desenvolvimento, alargamento e continuidade que as Unidades de Convalescença, representam em termos de diminuição, não só de custos no peso do Orçamento do Ministério da Tutela e, por consequência, no Orçamento Geral do Estado mas, também, na qualidade dos cuidados prestados aos doentes, em termos de saúde pública e na satisfação dos doentes.

Concluindo, verificou-se depois de feita a apresentação e análise entre o SNS e RNCCI, que não só o que representa em termos de diminuição de custos, no Orçamento do Ministério da Saúde, mas também, em relação à qualidade de serviços prestados aos doentes, a RNCCI, é um importante projeto para continuar, dentro dos programas atuais e futuros do Ministério da Saúde.

Para tal, salienta-se que não só é necessário, como imprescindível que a RNCCI, aumente a sua capacidade de resposta à população continuando, se possível cada vez com maior impacto, ou seja com o aumento de lotação.



Assim, e de acordo com a pergunta de partida deste trabalho, conclui-se que o objetivo do estudo de demonstrar *qual a melhor opção* em termos gerais para os doentes, o Ministério da Saúde e do próprio Orçamento do Estado, é a continuidade e alargamento da RNCCI com mais Unidades da tipologia de Convalescença.

CAPÍTULO 7 CONSTRANGIMENTO E LIMITAÇÕES

7.1 Constrangimentos

Como principal constrangimento é de assinalar as dificuldades na obtenção de dados, quer financeiros quer não financeiros, pelo facto dos mesmos não se encontrarem disponíveis.

Este facto dificulta de forma significativa o estudo desta temática, até porque não há respostas nomeadamente quanto aos custos suportados pelo SNS, a fim de poderem comparar com a RNCC da Catalunha, a qual serve de “modelo”.

7.2 Limitações

No que se refere às limitações, é necessário referir:

- A existência de estudos internacionais sobre a temática;
- A não existência de estudos nacionais;
- Poucos anos de experiência e com uma curva de aprendizagem ainda limitada;
- Devido aos poucos anos de experiência, a amostra será sempre pouco relevante.

7.3 Implicações para a investigação

A escassez de dados publicados assim como a sua disponibilização demonstram por si só a pertinência deste estudo.

7.4 Sugestões

Para trabalhos académicos futuros sugere-se o aprofundar do estudo sobre a RNCCI ao nível hospitalar;

Por outro lado, numa vertente não financeira, o impacto na melhoria da qualidade de vida dos doentes da RNCCI.



7.5 Fase Atual

No que refere à situação atual, é de realçar o facto da rede ainda se encontrar em expansão bem como o pouco conhecimento que existe sobre a mesma .

REFERÊNCIAS

- Antunes, Eugénio (2008), *Ética, Administração e Gestão Pública, Tema: Gestão Pública e Accountability*, texto de apoio, Oeiras: INA.
- Araújo, J. (2002), *Gestão Pública em Portugal: Mudança e Persistência Institucional*. Coimbra, Quarteto.
- Araújo, J. (2003), *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*, Braga: Universidade do Minho.
- Araújo, J. (2007), *Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática*, Braga: Universidade do Minho.
- Barros, Pedro Pita (1999), *Eficiência e Modo de Pagamento dos Hospitais*. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Coordenação de Barros, Pedro Pita e Simões, Jorge. 1ª. Ed., Associação Portuguesa de Economia de Saúde, Lisboa.
- Barros, Pedro Pita (2001 a), *Measuring Hospital performance*, Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, Pedro Pita (2001 b), *Procura de cuidados de saúde – os efeitos do estado de saúde, tempo, co-pagamento e rendimento*, APES
- Barros, Pedro Pita (2005), *Economia da saúde – conceitos e comportamentos*, Livraria Almedina.
- Barros, Pedro Pita (2007), *O Preço da saúde*, Faculdade da Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Bentes, Margarida (1996), *A utilidade da informação de rotina na avaliação da qualidade: o contributo do GDH em Vaz e tal.*, *As reformas dos sistemas de saúde*, Associação Portuguesa de Economia da Saúde
- Barzelay, Michael (2001), *The New Public management – improving Research and Policy Dialogue*
- Bilhim, João (2000 a), *Gerir a administração pública como uma empresa*, Lisboa: ISCSP.

- Bilhim, João (2000), Ciências da Administração, Lisboa: Universidade Aberta
- Bilhim, João (2006), Teoria Organizacional: Estrutura e Pessoas, Lisboa: ISCSP.
- Borins, Sandford (1995), Summary:Government in Transition – A New Paradigm in Public Administration. Commonwealth Secretariat, Toronto.
- Borins, Sandford (2002), The New Public Management, North American Style New Public Management – current trends and future prospects, p.181-194, Routledge, Londres.
- Boston J.,Martin J., Pallot J. e Walsh P. (1996), Public Management: The New Zealand Model. Auckland, Oxford.
- Campos, António (2003), Hospital – Empresa: crónica de um nascimento retrato, in revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol 21, nº. 1 Janeiro/Junho, Lisboa.
- Campos, António (2008), Reformas da Saúde – O fio Condutor, edições Almedina, Coimbra, Portugal.
- Carvalho, Elizabete (2001), Reengenharia na Administração Publica, Lisboa: ISCSP.
- Carvalho, Elizabete, (2008), Agendas e reforma administrativa em Portugal. Lisboa: ISCSP.
- Cardim, Engrácia (2009), Implementação de políticas públicas: do discurso às práticas. Revista de Ciências Sociais e Políticas, nº. 3 (Janeiro-Abril 2009).
- Costa, Carla G. (2009), New Frontiers for Economic Diplomacy. Lisboa: ISCSP.
- Ferreira, A. Harfouche, A. Campos, A. Ramos, (2006), Políticas de Controlo dos Gastos Públicos com a Saúde. O Economista – Anuário da Economia Portuguesa.
- Giraldes, M. e Amado, C (2002), A Eficiência dos Hospitais em Portugal Segundo a Metodologia do DEA; propostas de intervenção. 11ª. Conferência Nacional de Economia da Saúde. Porto: Portugal.
- Moura, Cláudia (2006), Século XXI, Século do envelhecimento, 1ª. Ed., Loures: Lusociências.

- Organização Mundial de Saúde (2000), The World Health Report 1999 – Marking a difference, OMSPO.
- Peters, B.Guy (2001), The Future of Governing. 2nd.ed.,Lawrence, University Press of Kansas.
- Pinto, Maria José Nogueira (2010), Que Expectativas para a Saúde e o Sistema de Saúde Português? In Saúde e Sociedade, nº. 1, (Março-Maio 2010, 19-22).
- Quaresma, Maria de Lourdes, Fernandes, Ana Alexandre, Calado, Dinah Ferreira e Pereira, Micael (2004), O sentido das Idades da Vida – Edições CESDET.
- Ramos, Francisco (1994), O financiamento público no Sistema de Saúde: Caridade do Estado ou a busca da eficiência? in Revista Portuguesa de Gestão, III/IV, Lisboa.
- Rocha, J.A. Oliveira (2000), Modelos de Gestão Pública, Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas. Braga nº.1,2000, pp6-16.
- Rocha, J.A. Oliveira (2001), Princípios de Gestão Pública, 1ª. ed., Lisboa: Editorial Presença.
- Rocha, J.A. Oliveira (2001), Gestão Pública e Modernização Administrativa. Oeiras: INA.
- Rocha, J.A. Oliveira (2009), Gestão do Processo Política e Políticas Públicas. Braga: Universidade do Minho.
- Rocha, J.J. Nogueira da (1991), Natureza Jurídica das Instituições e Serviços de Saúde que integram o Sistema de Saúde português, Lisboa.
- Politt, Chistopher, G. Bouckaert (2000), Public Management Reform: A Comparative Analysis. Oxford: University Press
- Thatcher, Margaret (2002), A Arte de Bem Governar Edições Quetzal.
- Decreto-Lei nº. 56/2006, de 15 Março, DR, I Série A, nº. 53 (pg 1913 a 1915) – afectação das receitas dos jogos sociais

Decreto-Lei nº. 101/2006, de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Decreto-Lei nº. 279/2009, de 6 de Outubro – Diploma relativo ao funcionamento de unidades privadas de saúde.

Portaria nº. 1087-A/2007, de 5 de Setembro, por aplicação do coeficiente correspondente à taxa de variação média anual do IPC de Novembro 2008 – INE, nos termos previstos no nº. 6. (Actualização dos preços constantes da tabela anexa)

Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI 2010, UMCCI Março 2011.

“Relatório de monitorização e implementação das Experiências-piloto da RNCCI, de 27 de Julho de 2007”.

Serviço Nacional de Saúde, Relatório de Contas de 2010, – ACSS, www.acss.min-saude.pt

Serviço Nacional de Saúde, Relatório de Contas de 2008, – ACSS, www.acss.min-saude.pt

Serviço Nacional de Saúde, Relatório de Contas de 2008, – ACSS, www.acss.min-saude.pt

http://www.portugal.gov.pt/pt/documentos/governo/MS/rel_RCCISASocial.pdf

<http://www.portadasaude.pt>



APENDICES

Olga Monteiro (CC)

De: Maria João Girão [mjoaogirao@umcci.min-saude.pt]

Enviado: terça-feira, 12 de Julho de 2011 15:26

Para: Olga Monteiro (CC)

Assunto: RE: Solicitação de reunião

Boa tarde Sr.ª Dr.ª Olga Monteiro,

Estou a aguardar confirmação da data para esta reunião.

Uma vez que se trata de uma solicitação de "dados da área financeira" deverá ser conciliada com a agenda do Dr Meira.

Votos de um bom trabalho!

Com os melhores cumprimentos,

Maria João Barroso Girão

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Rua Gomes Freire, nº5, 2º Dto - 1169-086 Lisboa

Tel: (+351) 21 358 80 60

www.umcci.min-saude.pt

E-mail: mjoaogirao@umcci.min-saude.pt

De: Olga Monteiro (CC) [mailto:omonteiro@ARSLVT.MIN-SAUDE.PT]

Enviada: sexta-feira, 1 de Julho de 2011 16:38

Para: Maria João Girão

Assunto: Solicitação de reunião

Exma. Senhora Enf. Maria João Girão

No seguimento dos contactos telefónicos referentes ao desenvolvimento do da dissertação de mestrado em gestão de políticas publicas, intitulada "Eficiência dos Cuidados Continuados Integrados". Solicito reunião com a Senhora Enf.ª e o Dr. Meira, para apoio na recolha de dados da área financeira e outros dados considerados relevante, na semana de 18 a 22 do corrente mês.

Os dados pretendidos destinam-se a dar resposta aos seguintes objectivos:

- Avaliar o impacte dos gastos no Orçamento do Estado
- Avaliar o impacte dos gastos nas Instituições hospitalares
- Apurar o grau de satisfação do doente;
- Analisar os custos por grupos homogéneos de diagnóstico (GDH) nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região de Lisboa e Vale do Tejo;
- Analisar os custos de internamento de doentes nas Unidades de Convalescença da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Com os melhores cumprimentos,

ECR-LVT

Olga Monteiro

Olga Monteiro (CC)

De: Maria João Girão [mjoaogirao@umcci.min-saude.pt]

Enviado: segunda-feira, 3 de Outubro de 2011 17:54

Para: Olga Monteiro (CC)

Cc: Ines Guerreiro

Assunto: RE: Relatório de monitorização e implementação das Experiências-piloto da RNCCI (27Julho2007)

Sr.ª Dr.ª Olga Monteiro,

Enviar-lhe-ei a informação solicitada relativa ao nº de utentes referenciados para Unidades de Convalescença da RNCCI (2008,2009,2020), com a maior brevidade possível.

Relativamente a informação de "Custos" não poderei ajudar (para além de toda a documentação que já lhe enviei através de e-mail), conforme já tive oportunidade de lhe referir anteriormente.

Com os melhores cumprimentos,

Maria João Barroso Girão

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Rua Gomes Freire, nº5, 2º Dto - 1169-086 Lisboa

Tel: (+351) 21 358 80 60

www.umcci.min-saude.pt

E-mail: mjoaogirao@umcci.min-saude.pt

De: Olga Monteiro (CC) [mailto:omonteiro@ARSLVT.MIN-SAUDE.PT]

Enviada: segunda-feira, 3 de Outubro de 2011 17:36

Para: Maria João Girão

Assunto: RE: Relatório de monitorização e implementação das Experiências-piloto da RNCCI (27Julho2007)

Senhora Enf.ª. Maria João Girão

Mais uma vez venho solicitar informação para a minha dissertação.

Solicito o seguinte:

- Ficheiro onde conste o número de doentes referenciados/colocados na tipologia de Convalescença (a nível nacional ou LVT. O que poder)
- Total dos Custos
- Anos: 2008, 2009, 2010 ou os anos que poder.

Estou a pedir o ficheiro, porque está publicada a dissertação da Dra. Carolina Santos que fala no ficheiro de dados fornecidos pela UMCCI.

Ser a Senhora Enf.ª. tiver hipótese de me fornecer os dados era bom, porque preciso de concluir os resultados e preciso de fazer comparação de custos entre Cuidados Continuados (Convalescença) e os GDH dos Hospitais (medida de custos). Este ponto é a base do meu trabalho

Obrigada

Com os melhores cumprimentos

Olga Monteiro

04-10-2012

De: Olga Monteiro (CC) [mailto:omonteiro@ARSLVT.MIN-SAUDE.PT]
Enviada: terça-feira, 7 de Fevereiro de 2012 16:32
Para: Salomé Estevens
Assunto: FW: Pedido de dados - trabalho académico

Sra. Salomé Estevens

No seguimento do contacto telefónico referente ao desenvolvimento da dissertação de mestrado em gestão de políticas públicas no ISCSP, intitulada "Eficiência dos Cuidados Continuados Integrados", sob a orientação da Professora Doutora Carla Costa, solicito:

- Elementos relativos à "Produção e demora média por GDH, Comparação do Hospital com a Média do Grupo e Nacional" anos 2007, 2008, 2009 e 2010 dos GDH 465 e 466 – campo do destino após alta – do GCD: 23 referentes ao internamento, de acordo com os dados estatísticos em vigor e respectivos diagnósticos.

Os dados pretendidos destinam-se a dar resposta ao seguinte objectivo:

- Analisar os custos por grupos homogéneos de diagnóstico (GDH) nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região de Lisboa e Vale do Tejo;

Mais informo que os dados relativos aos Cuidados Continuados são supervisionados pela UMCCI na pessoa da Sra. Enf.^a. Maria João Girão.

Com os melhores cumprimentos,

ECR-LVT
Olga Monteiro
TL: 21 8425165

No seguimento do telefonema de hoje, informo que não é necessário o grupo de financiamento.

Os meus agradecimentos.

Olga Monteiro
ECR-LVT

De: Cláudia Borges [mailto:cborges@acss.min-saude.pt]
Enviada: sexta-feira, 10 de Fevereiro de 2012 15:09
Para: Olga Monteiro (CC)
Assunto: FW: Pedido de dados - trabalho académico

Boa tarde.

Relativamente ao seu pedido de informação, solicitamos o seguinte esclarecimento:

Quando refere *Comparação do Hospital com a Média do Grupo*, refere-se a que grupo? Se estiver a fazer referência aos relatórios de retorno publicados no site da ACSS, este grupo será o de financiamento. Os hospitais inserem-se em grupos de financiamento, de acordo com a sua estrutura. Esta informação é mesmo necessária? É porque implica mais tempo de máquina para processar o pedido.


Alguma dúvida, ligue-me.

Cumprimentos,

Cláudia Medeiros Borges



Unidade Operacional de Financiamento e
Contratualização
Av. da República nº 61 – 1064-808 Lisboa | PORTUGAL
Telefone: 00 351 21 792 55 22 | FAX: 00 351 21 792 55 23
www.acss.min-saude.pt

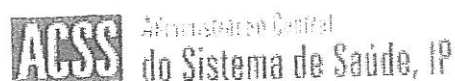
 **Pense no ambiente antes de imprimir esta mensagem.**

De: Salomé Estevens
Enviada: terça-feira, 7 de Fevereiro de 2012 17:15
Para: Cláudia Borges
Assunto: FW: Pedido de dados - trabalho académico

Com os melhores cumprimentos,

Salomé Estevens

Directora da Unidade Operacional de
Financiamento e Contratualização



Unidade Operacional de Financiamento e
Contratualização
Av. da República nº 61 – 1064-808 Lisboa | PORTUGAL
Telefone: 00 351 21 792 55 22 | FAX: 00 351 21 792 55 23
www.acss.min-saude.pt

Olga Monteiro (CC)

De: Cláudia Borges [cborges@acss.min-saude.pt]
Enviado: segunda-feira, 2 de Abril de 2012 17:03
Para: Olga Monteiro (CC)
Cc: Salomé Estevens
Assunto: FW: Pedido de dados - trabalho académico
Anexos: Pedido 11_Iscsp_GCD23_2012_02_15.xlsx; BD_descricao_GDH.XLS

Boa tarde.

Junto se envia dados solicitados.

No ficheiro em anexo designado BD descrição GDH encontra os códigos de identificação dos hospitais e o descritivo dos GDH.

Notas sobre utilização dos dados aplicáveis aos pedidos solicitados à ACSS

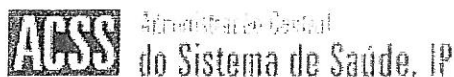
Informamos que a ACSS tem autorização apenas para ceder dados anonimizados, pelo que a identificação dos hospitais que se anexa é fornecida sob reserva.
Não está autorizada a identificação dos hospitais nem a sua divulgação, podendo no entanto esta informação ser utilizada internamente por vós no âmbito da investigação que se encontram a realizar.

A presente informação é disponibilizada sob reserva, considerando que o requerente irá:


- a) Utilizar os dados única e exclusivamente para execução do fim descrito no pedido de informação, garantindo um tratamento leal e seguro dos dados;
- b) Solicitar autorização à ACSS para qualquer outro uso dos dados que não o expresso no presente pedido;
- c) Não encaminhar os dados a terceiros;
- d) Indicar a ACSS como fonte de dados em publicações/documentos que façam uso dos dados fornecidos;
- e) Remeter à ACSS/UOFC cópia das publicações/documentos que façam uso dos dados fornecidos;
- f) Qualquer outro pedido de informação que não a constante na presente solicitação deverá ser objeto de novo pedido de pesquisa por parte da entidade requisitante, que deverá ser novamente submetido à apreciação da ACSS.

Cumprimentos,

Cláudia Medeiros Borges



Unidade Operacional de Financiamento e
Contratualização
Av. da República n.º 61 – 1064-808 Lisboa | PORTUGAL
Telefone: 00 351 21 792 55 22 | FAX: 00 351 21 792 55 23
www.acss.min-saude.pt

 Pense no ambiente antes de imprimir esta mensagem.

De: Olga Monteiro (CC) [mailto:omonteiro@ARSLVT.MIN-SAUDE.PT]
Enviada: sexta-feira, 10 de Fevereiro de 2012 15:29
Para: Cláudia Borges
Assunto: RE: Pedido de dados - trabalho académico

Dra. Cláudia Borges

04-10-2012