

# **AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS HOSPITAIS SA**

## **MEMORANDO**

### **RESULTADOS PROVISÓRIOS**

**Carlos Costa  
Sílvia Lopes**

**Escola Nacional de Saúde Pública  
14 de Novembro de 2005**

## **1. Introdução**

Este estudo aborda aspectos relacionados com a produção e com o desempenho hospitalar.

Atendendo à vastidão do tema a abordagem será limitada ao Internamento e a algumas dimensões, mais concretamente à medição da produção e ao perfil das admissões, para o primeiro aspecto, e à efectividade e à eficiência no que se refere ao desempenho.

A medição da produção hospitalar assume especial importância, tanto por questões estruturais, associadas à natureza intrinsecamente social e delicada do seu produto, como por questões operacionais, que passam desde o simples conhecimento e comparação da sua actividade, a questões mais técnicas como a avaliação dos cuidados prestados.

Além disso, a medição da produção hospitalar ganha também especial relevo, porque existem várias razões, tanto associadas à procura, como à oferta que dificultam a identificação de produtos e naturalmente a sua comparação.

Neste sentido, em função do actual estado da arte da informação hospitalar, foram utilizados dois sistemas de classificação de doentes, os Diagnosis Related Groups (DRGs) e o Disease Staging.

Atendendo às características destes sistemas de classificação de doentes, um medindo a complexidade dos casos tratados, os Diagnosis Related Groups (DRGs) e o outro medindo a gravidade, o Disease Staging, revela-se importante avaliar a produção hospitalar em função destes aspectos.

A utilização conjunta destas duas características permite ainda avaliar outra dimensão – o perfil das admissões hospitalares.

Tal pode ser justificado pelas características do SNS português, onde se devem evidenciar a universalidade dos cuidados e a quase inexistência de barreiras à acessibilidade às organizações de saúde. Ou ainda, por razões mais pragmáticas, visto que se admite que as características dos doentes, desde a própria doença, até à respectiva gravidade, podem condicionar os resultados em saúde.

De facto, é pacificamente aceite que estas mesmas características dos doentes, por terem implicações nos resultados de saúde e nos resultados financeiros, podem conduzir a mecanismos designados por selecção adversa.

Por outro lado, o conhecimento e eventual publicitação do desempenho dos hospitais é importante, não só para se poderem comparar estas organizações de saúde, mas igualmente para se poder reduzir a actual assimetria de informação.

Neste sentido, a avaliação da efectividade e da eficiência dos hospitais constituem-se como dimensões relevantes para uma perspectiva mais ampla – a avaliação do desempenho dos hospitais.

O estado da arte da avaliação do desempenho das organizações de saúde parece seguir a trilogia definida por Donabedian (1985) – Estrutura, Processo e Resultados.

Em que estrutura pode ser definida pelas características da oferta (organizações de saúde); processo por aquilo que é feito ao doente e resultados pela forma como o doente responde aos cuidados que lhe são prestados.

Contudo, problemas essencialmente de ordem operacional – facilidade e economia de implementação da metodologia de avaliação do desempenho dos hospitais e disponibilidade de dados existentes nos hospitais portugueses – exigem uma definição de prioridades para se atingir este objectivo.

Assim, neste estudo foi privilegiada a abordagem de avaliação pelos resultados, centrada nos seguintes Indicadores:

- Efectividade – medida pela relação entre a Taxa de Mortalidade Observada e a Taxa de Mortalidade Esperada; medida pela relação entre a Taxa de Complicações Observada e a Taxa de Complicações Esperada e medida pela relação entre a Taxa de Readmissões Observada e a Taxa de Readmissões Esperada
- Eficiência – medida pela relação entre Demora Média Observada e Demora Média Esperada

## **2. Metodologia**

Neste estudo foram incluídos todos os hospitais de Portugal Continental que forneceram dados dos resumos de alta, referentes aos anos 2000 a 2004.

Em seguida apresentam-se algumas definições conceptuais respeitantes aos indicadores que foram utilizados:

### **Produção e Medição da Produção:**

“Casemix” – Variedade das situações clínicas dos doentes tratados por cada hospital, organização de saúde ou prestador.

Índice de Casemix – Valor que expressa a diversidade dos casos tratados em cada hospital.

### **Perfil de Admissões:**

Complexidade dos casos – Medida que expressa a quantidade de recursos necessária para tratar determinado caso. É diferente do conceito intensidade, visto que nesta perspectiva se pretende medir os recursos necessários para tratar determinado caso por dia de internamento.

Gravidade ou Severidade dos casos – Probabilidade de morte ou de falência de um órgão.

### **Desempenho:**

Efectividade – A capacidade de uma intervenção, tratamento ou medicamento melhorar a saúde de uma pessoa ou de uma população, ou ainda, os resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática.

Eficiência Técnica – Medida que exprime a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos. A actividade é eficiente quando se maximizam os resultados para um dado nível de recursos ou se minimizam os recursos para se obter um determinado resultado.

Para avaliar a produção hospitalar foram criados dois Índices de Casemix:

Índice de Complexidade por hospital

$$\sum_i^n DSdos_i^n * PR_i^n / \sum DSdos$$

Índice de Gravidade por hospital

$$\sum_i^n DSdos_i^n * IGD_i^n / \sum DSdos$$
, sendo o Índice de Gravidade por Doente (IGD) =  
Gravidade do Doente / Gravidade Média da População

Em que:

DSdos – Doentes Saídos;  
IGD – Índice de Gravidade do Doente ou Escala de Mortalidade;  
IGD<sub>i</sub><sup>n</sup> – corresponde ao índice de gravidade i... n. A gravidade é igual à taxa de mortalidade esperada, após recalibração aos dados portugueses;  
PR – Peso Relativo de cada DRG. Expressa a complexidade de cada DRG. Neste estudo foram utilizados os Pesos Relativos constantes da Portaria nº189/2001 de 9 de Março.

Para a construção dos indicadores de desempenho foram utilizadas as seguintes informações, ao nível do episódio:

- Destino após alta: indica se o doente teve alta para o domicílio, foi transferido, teve alta contra parecer médico, teve alta para apoio domiciliário ou faleceu. No estudo utilizam-se somente os Doentes Saídos Directos (alta para o domicílio ou episódio que terminou em óbito)
- Probabilidade de morte: tendo em conta as características do doente, o Disease Staging atribuiu uma determinada probabilidade de morte. Esta probabilidade foi depois recalibrada para os dados portugueses, uma vez que se encontrava calibrada para os dados de origem (EUA), mediante o recurso à regressão logística. Este processo de recalibração foi feito para cada BSY (Body System Index) e foram incluídas variáveis como sexo, idade, tipo de admissão, estadió e sub-estadió da doença principal e número de comorbilidades.

- Número de complicações observadas: para cada uma das 37 complicações consideradas, o episódio foi classificado numa de três categorias: “não em risco” ou “em risco e sem complicação” ou “em risco e com complicação”. É depois possível construir uma variável resumo que indique, da lista de todas as complicações, quantas são encontradas no episódio (ver lista de Complicações em Anexo).
- Probabilidade esperada de complicações: dadas as características do doente, ao nível do sexo e idade foi atribuída uma probabilidade esperada para cada uma das 37 complicações. Esta probabilidade foi depois recalibrada para os valores observados em Portugal, tendo em conta o sexo e idade. Assim, foi possível construir uma variável resumo que indique qual a probabilidade global de complicações.
- Número de categorias de readmissão: foi construído um “identificador” de cada doente, com base na data de nascimento, sexo e residência, foram ainda consideradas a data de entrada e data de alta de cada episódio. Caso um doente com alta de um hospital seja readmitido no espaço de 30 dias num dos hospitais analisados, o episódio “admissão” é classificado, para cada uma das 27 categorias de readmissão consideradas, numa de três categorias: “não em risco” ou “em risco e sem readmissão” ou “em risco e com readmissão”. Assim, foi possível construir uma variável resumo que indique, da lista de todas as categorias de readmissão, quantas se vieram a verificar (ver lista de Readmissões em Anexo).
- Probabilidade esperada de readmissão: dadas as características do doente, ao nível do sexo e idade, foi atribuída uma probabilidade esperada para cada uma das 27 categorias de readmissão. Esta probabilidade foi depois recalibrada para os valores observados em Portugal, tendo em conta o sexo e idade. De seguida, foi possível construir uma variável resumo que indique qual a probabilidade global de readmissão.
- Demora Média Esperada: adoptaram-se os seguintes procedimentos:
  - Eliminar “outliers” por DRG;
  - Calcular a demora média observada por DRG (excluindo “outliers”)  
 $A = \text{Dias de Internamento Observados} / \text{Doentes Saídos}$ ;
  - Calcular a demora média esperada por DRG (excluindo “outliers”)  
 $B = \text{Dias de Internamento Esperados} / \text{Doentes Saídos}$ ;
  - Calcular a razão entre valores observados e esperados para a demora média por DRG (excluindo os “outliers”)  
 $C = A / B$ ;
  - Multiplicar a duração de internamento esperada (dados originais do Disease Staging) pelos valores encontrados em C e desta forma estimar a nova duração de internamento esperada (excluindo “outliers”).

A identificação de “outliers” é feita por DRG de acordo com a seguinte equação (Emerson e Strenio, 1983):

“Outliers” inferiores = valores inferiores a  $FL - 1.5 * AIQ$

“Outliers” superiores = valores superiores a  $FU + 1.5 * AIQ$

Em que: FL – 1º Quartil

FU – 3º Quartil

AIQ – Amplitude Interquartil (FU – FL)

A informação ao nível de cada episódio foi depois agrupada por hospital e por ano, da seguinte forma:

<b>Episódio</b>	<b>Hospital</b>
Destino Após a Alta	Nº de óbitos observados
Probabilidade de morte	Nº de óbitos esperados
Número de complicações observadas	Nº de complicações observadas
Probabilidade esperada de complicações	Nº de complicações esperadas
Número de categorias de readmissão	Nº de readmissões observadas
Probabilidade esperada de readmissão	Nº de readmissões esperadas
Duração de Internamento Observada	Dias de Internamento Observados
Duração de Internamento Esperada	Dias de Internamento Esperados

Tendo em conta o actual estado da arte da avaliação de desempenho e a informação disponível em Portugal, foram definidos três indicadores de efectividade e um de eficiência no internamento:

- Indicador de mortalidade
- Indicador de complicações
- Indicador de readmissões.
- Indicador de demora média

Os três foram construídos da mesma forma, a partir da comparação por ano e por hospital entre os valores observados e os valores esperados. O indicador é obtido a partir do valor de um z-score que no caso do indicador de mortalidade é calculado da seguinte forma:

$$\text{Indicador de mortalidade do hospital (H)} = \frac{\text{Nº de óbitos observados no H} - \text{Nº de óbitos esperados no H}}{\text{SD óbitos observados em todos os hospitais}}$$

Os indicadores assim calculados, quando têm um valor

- Positivo: significa que o hospital em análise apresenta uma maior frequência de mortalidade/complicações/readmissões do que a que seria esperada, dadas as características dos doentes admitidos. Trata-se de um hospital com uma efectividade inferior à média.

- Nulo: significa que o hospital em análise apresenta uma frequência de mortalidade/complicações/readmissões igual à que seria esperada, dadas as características dos doentes admitidos. Trata-se de um hospital com uma efectividade coincidente com a média.
- Negativo: significa que o hospital em análise apresenta uma menor frequência de mortalidade/complicações/readmissões do que seria esperado, dadas as características dos doentes admitidos. Trata-se de um hospital com uma efectividade superior à média.

Para qualquer dos indicadores foi utilizada uma média móvel de 2 anos, apresentando os indicadores a seguinte explicitação:

- 2001 = dados de 2000 e de 2001
- 2002 = dados de 2001 e de 2002
- 2003 = dados de 2002 e de 2003
- 2004 = dados de 2003 e de 2004

A utilização das médias móveis tem sido um procedimento comum em estudos internacionais, pretendendo-se assim eliminar potenciais enviesamentos observados em determinado ano.



### 3. Resultados

No Quadro I são apresentados os Doentes Saídos Directos para o conjunto dos Hospitais Públicos em estudo e para os sub-conjuntos de Hospitais SPA (HSPA) e Hospitais SA (HSA) para o período 2000-2004, considerando as médias móveis.

Quadro I  
Doentes Saídos Directos  
Hospitais SPA, SA e Total  
2001, 2002, 2003 e 2004

	2001	2002	2003	2004
	<b>Total de casos</b>			
Hospitais SPA	944157	986657	1046643	1049237
<i>Hospitais SA</i>	<i>796159</i>	<i>837984</i>	<i>892965</i>	<i>931977</i>
Total	1740316	1824641	1939608	1981214
	<b>Casos cirúrgicos</b>			
Hospitais SPA	343396	371657	402700	418766
<i>Hospitais SA</i>	<i>279657</i>	<i>308111</i>	<i>343728</i>	<i>378087</i>
Total cirúrgicos	623053	679768	746428	796853
	<b>Casos médicos</b>			
Hospitais SPA	600761	615000	643943	630471
<i>Hospitais SA</i>	<i>516502</i>	<i>529873</i>	<i>549237</i>	<i>553890</i>
Total médicos	1117263	1144873	1193180	1184361

Durante o período observou-se um aumento da produção em cerca de 14% para a globalidade dos Hospitais, sendo estas percentagens de 11% e de 17%, respectivamente para os Hospitais SPA e Hospitais SA.

Para os casos cirúrgicos estes acréscimos foram de 28%, 22% e 35%, respectivamente para para todos os Hospitais, Hospitais SPA e Hospitais SA. Nos casos médicos e pela mesma ordem os acréscimos foram de 6%, 5% e 7%.

Estes resultados parecem evidenciar a existência de maiores aumentos na produção nos Hospitais SA, representando a sua produção 46%, 45% e 46%, respectivamente do total, dos casos cirúrgicos e dos casos médicos em 2001, e 47% para qualquer uma das perspectivas em 2004.

Nos 10 Hospitais com maior aumento de produção 6 são HSA, correspondendo o maior aumento ao Hospital de Faro (HSPA) e ao Hospital da Feira no caso dos HSA. Para os 10 Hospitais com maiores decréscimos na produção 3 são HSA, com o mínimo a ser encontrado na Maternidade Alfredo da Costa (HSPA) e no Hospital de Guimarães no caso dos HSA.

Para caracterizar o perfil das admissões foram utilizados os Índices de Casemix de Complexidade e de Gravidade, derivados respectivamente dos DRGs e do Disease Staging (ver Quadro II).

Quadro II  
 Índices de Casemix, Complexidade e Gravidade  
 Hospitais SPA, SA  
 2001, 2002, 2003 e 2004

	Complexidade				Gravidade			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
	<b>Total de casos</b>							
HSPA	1.003	1.017	1.014	1.018	0.993	0.995	0.996	0.998
HSA	1.107	1.122	1.128	1.131	1.008	1.006	1.005	1.003
	<b>Casos cirúrgicos</b>							
HSPA	1.271	1.280	1.258	1.250	1.015	1.023	1.032	1.043
HSA	1.524	1.510	1.484	1.464	0.981	0.973	0.963	0.952
	<b>Casos médicos</b>							
HSPA	0.829	0.837	0.840	0.841	0.996	0.995	0.990	0.987
HSA	0.844	0.859	0.867	0.868	1.005	1.006	1.011	1.015

No que respeita à complexidade dos casos observa-se o seguinte:

- A complexidade para o total dos episódios aumentou durante o período em 1.5% para os HSPA e em 2.2% para os HSA;
- Nos casos cirúrgicos a complexidade diminuiu em 1.6% nos HSPA e em 3.9% nos HSA;
- Nos casos médicos a complexidade aumentou em 1.5% nos HSPA e em 2.7% nos HSA;
- Durante o período e para os 10 Hospitais com maior aumento da complexidade, para o total dos episódios, 6 foram HSA (máximo no

Hospital de Santa Cruz). Nos casos cirúrgicos, para os 10 Hospitais com maior acréscimo 3 foram HSA (máximo no Hospital da Cova da Beira). Nos casos médicos, para os 10 Hospitais com maior acréscimo 4 foram HSA (máximo no Hospital do Vale de Sousa);

- Para o total dos episódios, para os 10 Hospitais com maiores diminuições na complexidade 5 foram HSA (mínimo no Instituto Português de Oncologia de Lisboa). Nos casos cirúrgicos encontram-se igualmente 5 HSA (mínimo no Instituto Português de Oncologia de Lisboa), enquanto que nos casos médicos tal ocorre em 3 HSA (mínimo no Hospital de Joaquim Urbano e no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (HSA)).

Para a gravidade dos casos tratados a situação é a seguinte:

- A gravidade para o total dos episódios aumentou durante o período em 0.5% para os HSPA e diminuiu em 0.6% para os HSA;
- Nos casos cirúrgicos a gravidade aumentou em 2.7% nos HSPA e diminuiu em 2.9% nos HSA;
- Nos casos médicos a gravidade diminuiu em 0.9% nos HSPA e aumentou em 1.0% nos HSA;
- Durante o período e para os 10 Hospitais com maior aumento da gravidade, para o total dos episódios, 1 foi HSA (máximo no Grupo Hospitalar Santo António dos Capuchos-Desterro e o Instituto Português de Oncologia de Coimbra (HSA)). Nos casos cirúrgicos, para os 10 Hospitais com maior acréscimo 2 foram HSA (máximo no Hospital de Santiago do Cacém e no Hospital de Setúbal (HSA)). Nos casos médicos, para os 10 Hospitais com maior acréscimo 4 foram HSA (máximo no Instituto Português de Oncologia de Coimbra);
- Para o total dos episódios, para os 10 Hospitais com maiores diminuições 4 foram HSA (mínimo no Hospital de Joaquim Urbano e no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (HSA)). Nos casos cirúrgicos encontram-se encontram-se 5 HSA (mínimo no Instituto Português de Oncologia de Lisboa), enquanto que nos casos médicos tal ocorre em 4 HSA (mínimo no Hospital de Joaquim Urbano e no Hospital de Egas Moniz (HSA)).

A análise do perfil das admissões hospitalares, nomeadamente no que respeita à comparação entre a complexidade e a gravidade dos casos tratados, foi apurada através da diferença entre os dois Índices de Casemix (ver Quadro III).

Deve ainda recordar-se a este propósito que um hipotético cenário de selecção adversa respeita à maximização da diferença entre estes dois atributos.

Quadro III  
Diferença entre a Complexidade e Gravidade dos Casos Tratados  
Total, Casos Cirúrgicos e Casos Médicos

	2001	2002	2003	2004
	<b>Total de casos</b>			
Hospitais SPA	-10.48	-8.73	-7.79	-7.46
<i>Hospitais SA</i>	1.89	2.90	3.21	3.59
Diferença	-12.38	-11.64	-11.00	-11.04
	<b>Casos cirúrgicos</b>			
Hospitais SPA	29.44	29.77	28.88	27.79
<i>Hospitais SA</i>	16.47	16.84	16.74	16.52
Diferença	12.97	12.93	12.13	11.27
	<b>Casos médicos</b>			
Hospitais SPA	-23.50	-21.66	-20.03	-19.09
<i>Hospitais SA</i>	-6.58	-5.84	-5.65	-5.55
Diferença	-16.92	-15.82	-14.38	-13.54

Conforme se verifica durante o período e para o total dos episódios de internamento a gravidade dos casos é sempre superior à sua complexidade nos HSPA, acontecendo exactamente o contrário nos HSA. Contudo, atendendo a que esta diferença é menor em 2004 do que em 2001, pode afirmar-se que os HSA não praticaram em geral uma política de selecção adversa.

Para os casos cirúrgicos a complexidade é sempre superior à gravidade dos casos tratados, tanto nos HSPA, como nos HSA, embora com maior expressão nos primeiros. Mais uma vez, a análise temporal parece apontar para uma inexistência de políticas de selecção adversa por parte dos HSA.

Para os casos médicos a gravidade dos casos tratados é sempre superior à da sua complexidade, igualmente com maior expressão nos HSPA. A análise da evolução temporal mais uma vez indicia a inexistência de políticas de selecção adversa por parte dos HSA.

Estes resultados não podem ser interpretados como uma inexistência de políticas de selecção adversa por parte dos Hospitais em Portugal, mas tão somente pelo facto de a introdução da empresarialização não ter agudizado este fenómeno.

De facto, a análise de correlação entre a diferença da complexidade e da gravidade dos casos tratados entre os anos de 2001 e 2004 vem ilustrar esta situação, visto que o coeficiente de correlação é de 0.90, de 0.85 e de 0.92, respectivamente para o total de episódios, casos cirúrgicos e casos médicos, pelo que se pode concluir que a prática de políticas de selecção adversa já existia em 2001 e que a introdução dos HSA não veio alterar este comportamento.

Em seguida será analisado o desempenho dos Hospitais, tanto para a efectividade, como para a eficiência.

No que se refere à mortalidade, no Quadro IV são apresentados os indicadores (*Z scores*) para a mortalidade e para o total de episódios e casos cirúrgicos e médicos.

Quadro IV  
Mortalidade Observada e Esperada  
Total, Casos Cirúrgicos e Casos Médicos

	2001	2002	2003	2004
	<b>Total de casos</b>			
Hospitais SPA	0.0001	-0.0022	0.0045	0.0102
<i>Hospitais SA</i>	0.0051	0.0081	-0.0025	-0.0128
	<b>Casos cirúrgicos</b>			
Hospitais SPA	0.0053	-0.0134	-0.0111	-0.0028
<i>Hospitais SA</i>	0.0023	0.0304	0.0239	0.0095
	<b>Casos médicos</b>			
Hospitais SPA	-0.0012	0.0007	0.0080	0.0130
<i>Hospitais SA</i>	0.0058	0.0023	-0.0089	-0.0177

Para o total dos episódios até 2002 os HSPA apresentavam melhor desempenho no domínio da mortalidade, situação que a partir de 2003 passou a ser ocupada pelos HSA. A comparação entre 2004 e 2001 permite igualmente afirmar que foram os HSA que apresentaram uma evolução mais favorável no período.

Por outro lado, em 2001 entre os 10 melhores Hospitais 7 eram HSA (melhor Hospitais da Universidade de Coimbra e Hospital de Viseu (HSA)) e em 2004

somente se encontravam 6 HSA (melhor Hospital de São João e Hospital de Pulido Valente (HSA)).

Nos casos cirúrgicos os HSPA apresentam um melhor desempenho a partir de 2002, embora 2004 represente uma melhoria significativa dos HSA em relação a 2002 e 2003.

Em 2001 entre os 10 melhores Hospitais 6 eram HSA (melhor Hospital de Viseu), situação que se mantém em 2004 (melhor Hospital de São João e Unidade Local de Saúde Matosinhos (HSA)).

Para os casos médicos a situação é semelhante à encontrada para o total de episódios, ou seja, HSPA melhores até 2002 e HSA melhores a partir de 2003.

Em 2001 e 2004 existiam 5 HSA entre os 10 melhores, com o Hospital de Santa Maria a apresentar o melhor desempenho em 2001 (Hospital de Viseu nos HSA) e o Hospital de São João a ser o melhor em 2004 (Centro Hospitalar da Cova da Beira nos HSA).

Para as Complicações (37 categorias) e Readmissões (27 categorias) os resultados são apresentados no Quadro V.

Quadro V  
Complicações Observadas e Esperadas;  
Readmissões Observadas e Esperadas

	Complicações				Readmissões			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
HSPA	0.0355	0.0363	0.0353	0.0449	-0.0078	0.0005	0.0085	0.0103
HSA	-0.0558	-0.0590	-0.0581	-0.0739	0.0138	-0.0004	-0.0140	-0.0170

Durante o período (2004/2001) as complicações aumentaram em cerca de 40% nos HSPA e em cerca de 46% nos HSA.

Apesar deste comportamento os HSA apresentaram sempre um desempenho superior no período, revelando ainda uma melhoria entre 2004 e 2001, ao contrário do que sucedeu nos HSPA.

Em 2001, entre os 10 melhores Hospitais 6 eram HSA (melhor Centro Hospitalar do Alto Minho), enquanto que em 2004 foram encontrados 7 HSA (melhor Instituto Português de Oncologia de Coimbra).

No que se refere às readmissões, durante o período (2004/2001) registou-se um forte acréscimo, tanto nos HSPA (147%), como nos HSA (143%).

Ainda a este propósito os HSA começaram a apresentar um melhor desempenho a partir de 2002, revelando ainda uma melhoria entre 2004 e 2001, ao contrário do que ocorreu nos HSPA.

Em 2001, entre os 10 melhores Hospitais 6 eram HSA (melhor Maternidade Alfredo da Costa e Hospital da Feira (HSA)), situação que se mantém em 2004, tanto para o nº de HSA, como para os melhores Hospitais.

No Quadro VI são apresentados os valores respeitantes à eficiência (demora média) para a totalidade dos episódios e para os casos cirúrgicos e médicos.

Quadro VI  
Demora Média Observada e Esperada  
Total, Casos Cirúrgicos e Casos Médicos

	2001	2002	2003	2004
	<b>Total de casos</b>			
Hospitais SPA	-0.0028	-0.0043	0.0004	0.0028
<i>Hospitais SA</i>	0.0040	0.0072	-0.0006	-0.0047
	<b>Casos cirúrgicos</b>			
Hospitais SPA	0.0087	0.0071	0.0108	0.0115
<i>Hospitais SA</i>	-0.0158	-0.0118	-0.0178	-0.0189
	<b>Casos médicos</b>			
Hospitais SPA	-0.0101	-0.0117	-0.0065	-0.0031
<i>Hospitais SA</i>	0.0167	0.0196	0.0109	0.0051

Para o total dos episódios até 2002 os HSPA apresentavam melhor desempenho ao nível da eficiência, situação que a partir de 2003 passou a ser ocupada pelos HSA. A comparação entre 2004 e 2001 permite igualmente afirmar que foram os HSA que apresentaram uma evolução mais favorável no período.

Por outro lado, em 2001 entre os 10 melhores Hospitais 6 eram HSA (melhor Hospital da Feira) e em 2004 somente se encontravam 5 HSA (melhor Hospital de São João e Hospital da Feira (HSA)).

Nos casos cirúrgicos os HSA apresentam sempre um melhor desempenho, ainda com a comparação entre 2004 e 2001 a revelar que os HSA melhoraram e os HSPA pioraram.

Em 2001 entre os 10 melhores Hospitais 7 eram HSA (melhor Hospital da Feira) e em 2004 6 eram HSA (melhor Hospital da Feira).

Para os casos médicos os HSPA apresentaram sempre melhor desempenho que os HSA. No entanto, a comparação entre 2004 e 2001 permite afirmar que no seu conjunto os HSA melhoraram o desempenho e os HSPA agravaram o seu desempenho.

Em 2001 existiam 3 HSA entre os 10 melhores, com o Hospital de Santa Maria a apresentar o melhor desempenho (Hospital da Feira para os HSA) e em 2004 existiam 5 HSA entre os 10 melhores, com o Hospital de São João a ser o melhor em 2004 (Hospital da Feira para os HSA).



#### **4. Conclusões**

O estudo que se apresentou pretende evidenciar o desempenho dos Hospitais SA, tendo como cenário de comparação o conjunto dos Hospitais SPA.

Para melhor se visualizar o ponto de chegada dos HSA procedeu-se a uma análise temporal comparativa desde 2000, tendo-se para tal considerado o conjunto dos 31 Hospitais como HSA nos anos de 2001 e de 2002.

Deve ainda evidenciar-se que este estudo não contempla os aspectos económico-financeiros, estando centrado no desempenho clínico (efectividade e eficiência), procurando desta forma avaliar o impacte da empresarialização nos ganhos em saúde em Portugal.

As principais conclusões a retirar são as seguintes:

- Os HSA apresentaram acréscimos de produção proporcionalmente superiores aos observados nos HSPA, tanto para o total de episódios, como para os casos cirúrgicos e médicos;
- A complexidade dos casos tratados aumentou mais nos HSA para o total dos episódios e para os casos médicos e mais nos HSPA nos casos cirúrgicos;
- A gravidade dos casos tratados aumentou mais nos HSA para o total dos episódios e para os casos médicos e aumentou mais nos HSPA nos casos cirúrgicos, tendo neste particular existido uma diminuição nos HSA;
- No que respeita à política das admissões ao internamento e na eventual existência de práticas de selecção adversa observou-se que os HSA apresentaram comparativamente melhores resultados que os HSPA, ou seja, não existe evidência que os HSA recorreram a práticas de selecção adversa para melhorarem os seus resultados. Contudo, foi ainda observado que uma eventual existência de selecção adversa em Portugal era já patente em 2001, ano de início do estudo em apreço;
- No que se refere à efectividade dos cuidados prestados pode afirmar-se o seguinte:
  - Para a mortalidade e para o total de episódios de internamento e para os casos médicos os HSA começaram a apresentar melhores resultados a partir de 2003. No entanto, nos casos cirúrgicos os HSPA são sempre melhores e apresentaram uma melhor evolução entre 2004 e 2001;

- Para as complicações os HSA apresentaram sempre melhores resultados e inclusivamente uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001;
- Para as readmissões os HSA começaram a apresentar melhores resultados desde 2002 e uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001;
- Para a eficiência os HSA começaram a apresentar melhores resultados desde 2003 e uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001. Nos casos cirúrgicos, embora os HSA fossem sempre melhores conseguiram ainda apresentar uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001. Nos casos médicos os HSPA apresentaram sempre melhores resultados, embora a evolução entre 2004 e 2001 revele maiores ganhos nos HSA.

Face ao exposto, tudo indica que o processo de empresarialização em Portugal, nos dois primeiros anos, não contribuiu para uma diminuição no acesso aos cuidados de saúde, tanto em termos quantitativos, como qualitativos e que inclusivamente estes acréscimos de produção não implicaram sacrifícios ao nível da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados, visto que globalmente estes apresentaram resultados mais positivos nos Hospitais SA.

**LISTA DE COMPLICAÇÕES**

- 1 *Postoperative Retained Foreign Body or Other Substance*
- 2 *Reopening, Reclosure, or Revision of Procedure*
- 3 *Procedure Related Hemorrhage or Hematoma*
- 4 *Postoperative Aspiration Pneumonia*
- 5 *Postoperative Pneumonia (non-aspiration)*
- 6 *Postoperative Urinary Tract Infection*
- 7 *Postoperative Septicemia*
- 8 *Postoperative Infection, other*
- 9 *Postoperative Myocardial Infarction*
- 10 *Postoperative Cardiopulmonary Complications Except AMI*
- 11 *Postoperative Cerebral Infarction*
- 12 *Postoperative or Postanesthetic Shock*
- 13 *Postoperative Thrombophlebitis or Phlebitis*
- 14 *Postoperative Wound Disruption*
- 15 *Accidental Puncture or Laceration During Procedure*
- 16 *Complication of Tracheostomy*
- 17 *Mechanical Complications of Implanted Device or Graft*
- 18 *Abnormal Reaction and Late Complications of Procedures*
- 19 *Postoperative Complications Affecting Body Systems*
- 20 *Vascular or Infectious Complications Following Infusion, Transfusion, Injection*
- 21 *Infusion or Transfusion Reactions*
- 22 *Fluid Overload Following Infusion or Transfusion*
- 23 *Decubitus Ulcer*
- 24 *Trauma to Hospitalized Patient*
- 25 *Anaphylactic Shock due to Medications*
- 26 *Medication Reactions and Poisonings*
- 27 *Advanced Perineal Laceration*
- 28 *Rupture of Uterus During or After Labor*
- 29 *Shock During or Following Labor and Delivery*
- 30 *Cesarean Section with Anesthesia or Sedation Complications*
- 31 *Cesarean Section with Major Puerperal Infection*
- 32 *Vaginal Delivery with Anesthesia or Sedation Complications*
- 33 *Vaginal Delivery with Major Puerperal Infection*
- 34 *Delivery Wound Complications*
- 35 *Postpartum Deep Phlebothrombosis*
- 36 *Postpartum Pulmonary Embolism*
- 37 *Other Obstetrical Trauma*

**LISTA DE CATEGORIAS DE READMISSÃO**

- 1 *All Patients*
- 2 *Post Procedure Complications*
- 3 *Diabetes Mellitus*
- 4 *COPD*
- 5 *Heart Failure*
- 6 *Pneumonia*
- 7 *Acute Myocardial Infarction*
- 8 *Asthma*
- 9 *Atrial Fibrillation*
- 10 *Coronary Artery Disease With Angina*
- 11 *Depression*
- 12 *Peptic Ulcer Disease*
- 13 *Stroke or Transient Ischemic Attack*
- 14 *Decubitus Ulcers*
- 15 *Dehydration*
- 16 *Drug Poisoning*
- 17 *Endocarditis*
- 18 *Septicemia*
- 19 *HIV or AIDS*
- 20 *Hypertension*
- 21 *Infections After Discharge for Infection*
- 22 *Infusion or Transfusion Complications*
- 23 *Kidney and Urinary Tract Infections*
- 24 *Osteomyelitis and Septic Arthritis*
- 25 *Respiratory Complications*
- 26 *Obstetric Complications*
- 27 *Neonatal and Infant Conditions*