

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE ACTIVIDADE – HEMODIÁLISE 2010

HEMODIÁLISE 2010

SECTOR CONVENCIONADO DA SAÚDE

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	4
1.1. Âmbito e objectivos	4
1.2. Metodologia adoptada	5
1.3. Limitações	6
II - O MODELO DE GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA APLICADO À INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	7
2.1. Enquadramento legal	7
2.2. Caracterização	8
III – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA ÁREA DE HEMODIÁLISE EM 2010	10
3.1. Caracterização da oferta	10
3.2. Caracterização da procura	13
3.3. Evolução da despesa com cuidados de Hemodiálise	19
IV – ESTUDO DE IMPACTO DO PREÇO COMPRENSIVO E DE FORMAÇÃO DO PREÇO EM CENTROS DE ELEVADA DIFERENCIAÇÃO EM NEFROLOGIA	24
4.1. Considerações prévias	24
4.2. Principais conclusões	24
V – CONCLUSÃO	25

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Entidades prestadoras de cuidados de diálise.....	10
Tabela 2 - Distribuição de doentes por região de saúde por 10.000 habitantes.....	14
Tabela 3 - Distribuição de população por faixa etária	15
Tabela 4 – Evolução de custos com hemodiálise por ARS e ULS – 2007 a 2010	20
Tabela 5 - Custos por doente e por habitante, por região de saúde em 2010.....	21
Tabela 6 – Encargos do SNS com a aquisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica ao sector convencionado da saúde	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Percentagem de doentes por tipo de entidade prestadora de cuidados	12
Figura 2 – Distribuição de doentes por tipo de prestador e por região de saúde	13
Figura 3 - Percentagem de doentes por tipo de prestador e por região de saúde	13
Figura 4 – Distribuição de doentes por região de saúde	14
Figura 5 – Distribuição de doentes por região de saúde por 10.000 habitantes.....	14
Figura 6 – Distribuição de doentes por faixa etária.....	15
Figura 7 – Número de doentes por faixa etária e para 100.000 habitantes.....	16
Figura 8 – Doentes por faixa etária e região de saúde	16
Figura 9 – Doentes por faixa etária e região de saúde, por 100.000 habitantes	17
Figura 10 – Distribuição de doentes por género	17
Figura 11 – Doentes por género e faixa etária.....	18
Figura 12 – Doentes por género e região de saúde	18
Figura 13 – Doentes por subsistema	19
Figura 14 – Proporção de custos com hemodiálise - Administrações Regionais de Saúde 2010.....	20
Figura 15 - Proporção de custos com hemodiálise – Unidades Locais de Saúde 2010	21
Figura 16 - Proporção de custos com hemodiálise por região de saúde em 2010	21
Figura 17 - Custos por doente e por região de saúde em 2010	22
Figura 18 - Custos por habitante e por região de saúde em 2010.....	22

I - INTRODUÇÃO

1.1. Âmbito e objectivos

A possibilidade de celebração de convenções com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde destinados aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui um reflexo da complementaridade que caracteriza o modelo misto do Sistema de Saúde Português, nos termos consagrados na Lei de Bases da Saúde (LBS).

O Sector Convencionado da Saúde (SCS) constitui um modelo de aquisição de serviços de saúde pelo SNS e, desde a sua implementação, na década de 80, mantém-se constante na sua forma de organização, funcionamento e financiamento, com algumas excepções, de entre as quais se destaca a introdução do pagamento por preço compreensivo na prestação de cuidados de hemodiálise.

O SCS, designadamente ao nível dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), com carácter complementar, representa uma parcela com impacto significativo no total de despesas em saúde no nosso país, impondo-se, conseqüentemente, proceder à sua caracterização, análise e respectiva publicitação. Neste contexto, a prestação de cuidados na área da diálise, assume particular relevância, quer em número de doentes tratados, quer na despesa total.

Recentemente, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), publicou o relatório com a caracterização geral e análise do SCS¹, com o objectivo de conceptualizar um instrumento *Tableau de Bord* para o acompanhamento da actividade deste sector.

Considerando as profundas alterações ocorridas na área da hemodiálise, designadamente, a implementação de uma nova modalidade de pagamento e a adopção de um sistema de informação próprio (plataforma de Gestão Integrada da Doença), os dados disponibilizados no relatório sobre o SCS não contemplavam esta área. Com efeito, a hemodiálise, com a introdução do pagamento por preço compreensivo é uma das poucas áreas do SCS em que houve mudança no modelo de aquisição de serviços de saúde pelo SNS.

Acresce, que apesar do carácter complementar do SCS, na área da hemodiálise observa-se que os prestadores da rede pública são uma reduzida minoria.

Assim, o presente relatório tem como objectivo caracterizar e analisar a actividade do SCS na área da hemodiálise, no ano de 2010, para efeitos de acompanhamento desta modalidade de pagamento por preço compreensivo.

¹ Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório%20do%20Sector%20Convencionado_2009.pdf

1.2. Metodologia adoptada

No âmbito do acompanhamento da actividade do SCS na área da hemodiálise, foram efectuadas várias análises, sobretudo para caracterização da procura, oferta e estrutura de custos.

A fonte de informação para caracterização da procura (número de doentes em tratamento, caracterização da população em tratamento, por idade e sexo) e oferta (prestadores, distribuição de prestadores por região de saúde) foi a plataforma de Gestão Integrada da Doença (GID), enquanto instrumento de suporte ao modelo GID adaptado à Insuficiência Renal Crónica (IRC).

Para aferição do número de doentes em tratamento ambulatorio programado nos hospitais do SNS, recorreu-se à informação veiculada por estas instituições à Direcção-Geral da Saúde (DGS) através do registo no sistema de informação de gestão dos fluxos de doentes com IRC, conforme estabelecido na Circular Normativa N.º: 4/DSPCS de 14/02/07, daquela Direcção-Geral.

As análises de base populacional foram possíveis com recurso aos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), sobre população residente em 2009, aferida para cada uma das cinco regiões de saúde, e por faixa etária.

A informação sobre encargos com hemodiálise por região é retirada do Sistema de Informação Económica e Financeira (SIEF), a partir do reporte da responsabilidade das respectivas entidades.

São pressupostos inerentes à recolha e análise de dados, os seguintes:

- O universo de entidades corresponde ao dos prestadores privados que constam na plataforma de GID, uma vez que se pretende caracterizar a actividade do sector convencionado;
- O universo de doentes é o dos beneficiários do SNS e dos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde. Em 2010, os encargos com beneficiários dos subsistemas públicos de saúde, ao abrigo da Lei do Orçamento de Estado, passaram a ser assumidos pelo SNS (e.g. ADSE);
- A correspondência entre a entidade prestadora de cuidados e uma determinada Região de Saúde (RS) tem por base a localização da unidade de diálise, uma vez que se trata de informação não disponibilizada directamente pela plataforma GID;
- A identificação do tipo de entidades a que pertencem as unidades prestadoras é feita por correspondência, nos casos de grandes grupos de prestadores, entre as clínicas e o grupo. Nos casos de entidades do mesmo tipo, agrupou-se com uma designação homogénea (e.g. Misericórdias);

- No presente relatório, o conceito “Região de Saúde” integra todos os doentes/entidades/encargos, residentes/localizadas/associados a uma das cinco regiões administrativas que compõem o território nacional;
- No presente relatório, o conceito de Administração Regional de Saúde (ARS) ou Unidade Local de Saúde (ULS) integra todos os doentes/entidades/encargos, residentes/localizadas/da responsabilidade daquelas entidades.

1.3. Limitações

Em relação ao número de doentes em tratamento com base nos dados da plataforma GID, algumas limitações devem ser ressalvadas, de entre as quais se destacam as seguintes:

- Os dados recolhidos reportam a 31 de Dezembro de 2010;
- Os doentes que apresentam, na plataforma, tratamentos em mais do que um prestador, foram afectos ao prestador em que apresentavam maior número de dias de tratamento no ano;
- Os doentes em que os campos “data de nascimento” e “género” não estavam preenchidos, foram excluídos da amostra;
- Nas análises “combinadas” (e.g. género e idade), excluíram-se os doentes em que não houvesse informação simultânea para as duas dimensões em análise;
- As limitações nos registos da plataforma GID implicam, igualmente, limitações de análise ao presente relatório, uma vez que a informação retirada deste sistema de informação a 31/12/2010 pode não reflectir o registo “encerrado” de todos os movimentos de doentes referentes a esse ano civil;
- O universo de hospitais do SNS que veiculou informação à DGS sobre doentes tratados no sistema de informação de gestão dos fluxos de doentes com IRC, corresponde a 88% das unidades públicas com doentes em tratamento ambulatorio programado;
- Em 2009 e 2010, os custos da conta de hemodiálise integram os montantes relativos à prestação de cuidados a beneficiários de subsistemas públicos de saúde;
- Os encargos com hemodiálise apenas reflectem os valores contabilizados pelas ARS e ULS nos anos em análise, não espelhando os encargos com hemodiálise constantes em rubricas de custos de anos anteriores.

II - O MODELO DE GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA APLICADO À INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

2.1. Enquadramento legal

Conforme descrito no relatório sobre o SCS², a celebração das convenções para a prestação de cuidados de saúde passou a ser efectuada mediante um regime especial de contratação - o contrato de adesão - através do qual as entidades privadas, singulares ou colectivas, aderem aos requisitos constantes de um clausulado-tipo, após constatação da insuficiência da capacidade instalada do SNS.

Contrariamente ao que se observou em outras valências, no caso da hemodiálise houve lugar a publicação por Despacho do Ministério da Saúde de clausulado-tipo para a convenção.

Antes da implementação do actual modelo de gestão integrada da doença à IRC, o clausulado-tipo que regulava esta contratação foi publicado em anexo ao Despacho n.º 7001/2002 de 04.04, estabelecendo as condições de acesso de doentes do SNS aos cuidados de diálise, mediante o pagamento de um preço por sessão de diálise realizada.

Em 2008, com a publicação de novo clausulado tipo para a convenção na área da diálise em anexo ao Despacho n.º 4325/2008 de 18.01, é proposto um modelo de pagamento por preço agregado, ao qual as entidades com convenção foram aderindo ao longo do ano de 2008. O novo clausulado estipula a remuneração das entidades prestadoras por um preço por doente e por semana, que abrange o conjunto das prestações de saúde (e respectivos encargos) directamente relacionados com as sessões de diálise e acompanhamento médico dos doentes. Para além das sessões de diálise são, ainda, englobados, os exames, análises e medicamentos necessários ao tratamento da IRC, bem como as intercorrências passíveis de ser corrigidas nas unidades de diálise.

Posteriormente, o despacho n.º 23838/2009 de 22.10 veio estabelecer que “o *Ministério da Saúde (MS) assegura através das convenções os cuidados de saúde de diálise prestados aos utentes dos subsistemas públicos realizados por prestadores que tenham optado pela modalidade de pagamento por preço compreensivo*”. Desta forma, os cuidados prestados por entidades aderentes ao preço compreensivo a beneficiários da ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado), ADM (Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas), SSMJ (Serviços Sociais do Ministério da Justiça, SAD GNR e PSP (Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública), passam a ser assegurados e remunerados nas mesmas condições que os dos beneficiários do SNS, sendo facturados às ARS. Tais prestações de saúde mantiveram-se, no entanto, sob a responsabilidade financeira dos subsistemas em causa, assegurada através de um

² Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório%20do%20Sector%20Convencionado_2009.pdf

mecanismo de “re-facturação”, por parte das ARS, das prestações de saúde realizadas a estes utentes aos respectivos subsistemas.

Em 2010, a Lei do Orçamento de Estado procedeu a uma inscrição no SNS de verbas correspondentes à facturação aos subsistemas públicos de saúde da ADSE, SAD da GNR e PSP, e da ADM, pelo que se suspendeu a necessidade de “re-facturação” pelas ARS, das prestações de saúde realizadas aos beneficiários destes subsistemas.

2.2. Caracterização

Em Portugal, o tratamento da IRC em ambulatório caracteriza-se por ser realizado, primordialmente, no seio do sector privado, sendo o acesso dos cidadãos do SNS assegurado através do estabelecimento de convenções.

Tratando-se a insuficiência renal crónica, de uma condição que exige a prestação de um conjunto de cuidados (sessões de diálise, medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica), de forma continuada ao longo do tempo, o MS promoveu uma abordagem de gestão integrada da doença, que garantisse aos doentes o acesso à maioria dos cuidados inerentes à sua condição, no mesmo local de prestação e sem necessidade de deslocação ao hospital de referência (e.g. para levantar medicação). Antes da implementação do modelo, a convenção apenas garantia ao doente em diálise o acesso, no local de prestação, aos tratamentos propriamente ditos.

A definição de uma estratégia consubstanciada no modelo de GID aplicado à IRC materializou-se, então, na implementação de um modelo de pagamento por preço compreensivo em que são elegíveis as instituições prestadoras de cuidados, cumpridoras de um conjunto de resultados clínicos a mensurar por meio de um sistema de informação de suporte (plataforma da Gestão Integrada da Doença).

Para garantir uma abordagem integrada e global da doença renal crónica foi concebido, em 2007, um modelo de pagamento por preço compreensivo com as seguintes características:

- a) Estabelecimento do valor compreensivo global por doente e para um determinado período de tempo – no caso concreto, a semana;
- b) Definição de parâmetros de resultados e de controlo de qualidade dos serviços de saúde a prestar;
- c) Estabelecimento de uma relação directa entre o pagamento e o cumprimento de objectivos terapêuticos definidos;
- d) Estabelecimento de mecanismos de auditoria, informação, monitorização, acompanhamento e avaliação.

Com a implementação do modelo, garantiu-se o acesso do doente a um conjunto de cuidados de forma integrada e no mesmo local de prestação, substituindo-se o modelo de remuneração dos prestadores de um pagamento por sessão de tratamento, para um pagamento por preço “compreensivo” por doente e por semana, que engloba rubricas associadas à prestação de cuidados ao doente insuficiente renal crónico, anteriormente não abrangidas (e.g. medicamentos).

III – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA ÁREA DE HEMODIÁLISE EM 2010

3.1. Caracterização da oferta

3.1.1. Número de prestadores

Em Dezembro de 2010, de acordo com os dados disponibilizados pela DGS, existiam em programa crónico de ambulatório 630 doentes em unidades integradas no SNS e 9.130 doentes em unidades com convenção com o SNS. Desta forma, e para o universo total de 9.765 doentes, verifica-se que o SCS presta cuidados a 93% dos doentes em programa de hemodiálise.

A análise efectuada no presente relatório centrar-se-á no universo do sector convencionado e de doentes beneficiários do SNS ou de subsistemas públicos de saúde, pelo que o número total de doentes considerado corresponde aos 9.058 doentes que constam na plataforma GID em 31 de Dezembro de 2010 naquelas condições.

Os 9.058 doentes que compõem a amostra de doentes em tratamento no SCS encontram-se distribuídos por um total de 83 unidades prestadoras de cuidados, identificadas na tabela seguinte. Salienta-se que as designações das entidades na tabela abaixo, são as que constam na Plataforma GID, devendo ser objecto de análise e correcção por parte das ARS/ULS naquele sistema de informação, sempre que se verifiquem incorrecções ou alterações que o justifiquem.

Tabela 1 – Entidades prestadoras de cuidados de diálise

ENTIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE HEMODIÁLISE

ENTIDADE	BEIROPDIAL - CENTRO DE DIÁLISE DE MANGUALDE, LDA
	CALEDIAL, CENTRO DE HEMODIÁLISE DE GAIA, S.A.
	CDBI - CENTRO DE DIÁLISE DA BEIRA INTERIOR
	CENTRO DE HEMODIÁLISE DA CRUZ VERMELHA DE BRAGA
	CENTRO DE HEMODIÁLISE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARCELOS
	CENTRO DE HEMODIÁLISE DA VENERÁVEL ORDEM TERCEIRA DE SÃO FRANCISCO
	CENTRO RENAL - AGRUPAMENTO MÉDICO P/ TRATAMENTO DE DOENÇAS RENAIAS, LDA - HOSPITAL DA PRELADA
	CENTRO RENAL DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PESO DA RÉGUA
	CENTRODIAL - CENTRO DE HEMODIÁLISE DE SÃO JOÃO DA MADEIRA, LDA
	CHD - CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DE GONDOMAR, SA
	CHF - CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DE FELGUEIRAS - SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FELGUEIRAS
	CHP - CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DO PORTO, SA
	CLÍNICA CENTRAL DO BONFIM, LDA - CENTRO DE HEMODIÁLISE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO
	CLINICA CENTRAL DO BONFIM, S.A.
	CMDR - CENTRO MÉDICO DE DOENÇAS RENAIAS, LDA
	D.V. - DIÁLISES DO VOUGA, LDA
	DIALVERCA - SOCIEDADE MÉDICA, SA
	DIAVERUM - UNIDADE DA FIGUEIRA DA FOZ
	DIAVERUM - UNIDADE DE ALMADA
	DIAVERUM - UNIDADE DE AVEIRO
	DIAVERUM - UNIDADE DE ENTRECAMPOS
	DIAVERUM - UNIDADE DE LINDA-A-VELHA
	DIAVERUM - UNIDADE DE LOURES
	DIAVERUM - UNIDADE DE MEM MARTINS
	DIAVERUM - UNIDADE DE ODIVELAS
	DIAVERUM - UNIDADE DE TORRES VEDRAS
	DIAVERUM - UNIDADE DE VILA DO CONDE
	DIAVERUM - UNIDADE DE RIBA D AVE
	DIAVERUM - UNIDADE DO ESTORIL
	DIAVERUM - UNIDADE DO LUMIAR
	EUROPDIAL - CENTRO DE NEFROLOGIA E DIÁLISE DE LEIRIA, LDA
	EUROPDIAL - CENTRO DE NEFROLOGIA E DIÁLISE DE LEIRIA, LDA - EXTENSÃO DE ÓBIDOS
	HEMOATLÂNTICO - CENTRO DE HEMODIÁLISE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE VILA NOVA DE GAIA
	HEMOATLÂNTICO - CENTRO DE HEMODIÁLISE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE VILA VERDE
	HOSPITAL SAMS - SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO SUL E ILHAS UNIDADE DE DIÁLISE
	INSTITUTO CUF - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO, SA
	ISU - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA, SA - HOSPITAL CUF INFANTE SANTO
	NEFROSERVE - SERVIÇOS E PRODUTOS MÉDICOS, SA - HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE VIANA DO CASTELO
	NEFROVALES - CENTRO DE HEMODIÁLISE DE S. MARTINHO DO BISPO
	NEPHROCARE - ABRANTES
	NEPHROCARE - ALMADA
	NEPHROCARE - AMADORA
	NEPHROCARE - BARREIRO
	NEPHROCARE - BEJA
	NEPHROCARE - BRAGA
	NEPHROCARE - COIMBRA
	NEPHROCARE - ENTRONCAMENTO
	NEPHROCARE - ÉVORA
	NEPHROCARE - FAFE
	NEPHROCARE - FARO
NEPHROCARE - GAIA	
NEPHROCARE - GRÂNDOLA	
NEPHROCARE - GUARDA	

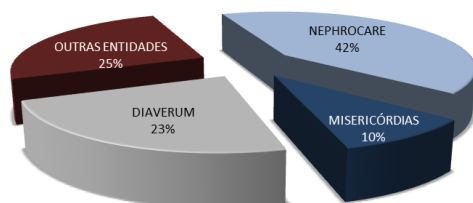
ENTIDADE	NEPHROCARE - LUMIAR
	NEPHROCARE - MAIA
	NEPHROCARE - MONTIJO
	NEPHROCARE - PONTE DA BARCA
	NEPHROCARE - PORTALEGRE
	NEPHROCARE - PORTIMÃO
	NEPHROCARE - RESTELO
	NEPHROCARE - SANTA MARIA DA FEIRA
	NEPHROCARE - SANTARÉM
	NEPHROCARE - SETÚBAL
	NEPHROCARE - TAVIRA
	NEPHROCARE - TORRES VEDRAS
	NEPHROCARE - VILA FRANCA DE XIRA
	NEPHROCARE - VISEU
	NORDIAL - CENTRO DE DIÁLISE DE MIRANDELA
	PLURIBUS DIÁLISE - CASCAIS, SA
	PLURIBUS DIÁLISE - SACAVÉM, SA
	POMBALDIAL - CLÍNICA DE DIÁLISE, LDA
	SANFIL - CASA DE SAÚDE DE SANTA FILOMENA, LDA
	SPD - SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIÁLISE - CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA
	SPD - SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIÁLISE AMADORA
	SULDIALISE - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, LDA
	TECSAM - TECNOLOGIA E SERVICOS MÉDICOS, SA - MOGADOURO
	TECSAM - TECNOLOGIA E SERVICOS MÉDICOS, SA - VILA REAL
	UNIDADE DE HEMODIÁLISE DE GUIMARÃES - SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE GUIMARÃES
	UNIDADE DE HEMODIÁLISE DE MARCO DE CANAVEZES
	UNIDADE DE HEMODIÁLISE DE PAREDES - SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PAREDES
	UNIDADE DE HEMODIÁLISE DE SANTO TIRSO - SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTO TIRSO
	UNIHEMO - UNIDADE DE HEMODIÁLISE DE PONTE DA BARCA - SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PONTE DA BARCA
	UNINEFRO - UNIDADE DE HEMODIÁLISE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MATOSINHOS

Para efeitos de análise da oferta de cuidados, com base na informação disponível, optou-se por constituir quatro grandes grupos de entidades prestadoras de cuidados de hemodiálise: *Nephrocare*, *Diaverum*, Misericórdias e Outras entidades.

Desta forma, é possível proceder a análises complementares quanto à distribuição de doentes por tipo de prestador.

Analisando a distribuição de doentes por tipo de entidade, com base nos dados constantes da Plataforma GID, verifica-se que o prestador com maior representatividade no mercado português é a *Nephrocare*, com uma quota de mercado de 42% dos doentes em tratamento.

Figura 1 – Percentagem de doentes por tipo de entidade prestadora de cuidados



Analisando a distribuição dos doentes por tipo de prestador e por RS (figuras 2 e 3), considerando todos os doentes dessa região, independentemente de serem da responsabilidade financeira de uma ARS ou de uma ULS, pode observar-se que a *Nephrocare* presta cuidados em todo o território nacional, tendo, inclusivamente, o monopólio da prestação de cuidados em duas regiões de saúde (Alentejo e Algarve). Por sua vez, a RS do Norte é aquela em que se verifica maior distribuição de doentes por diferentes tipos de prestador privado/social.

Figura 2 – Distribuição de doentes por tipo de prestador e por região de saúde

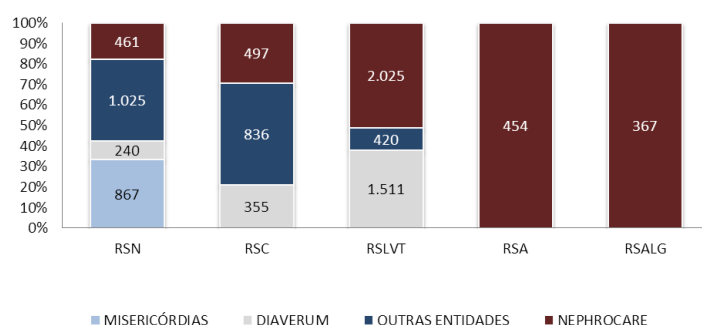
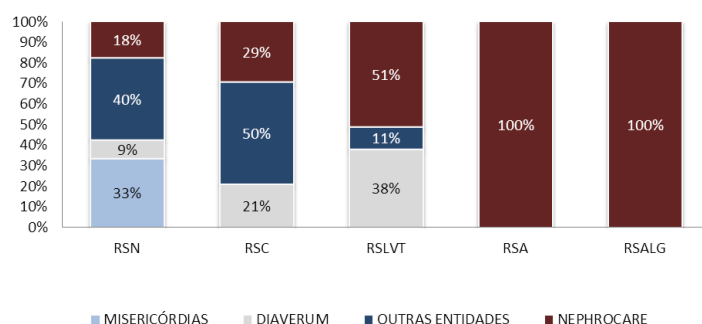


Figura 3 - Percentagem de doentes por tipo de prestador e por região de saúde



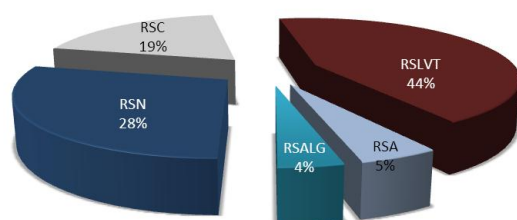
3.2. Caracterização da procura

3.2.1. Doentes por região de saúde

A alocação de unidades prestadoras de cuidados a uma RS, foi efectuada com base na localização da entidade, e inclui todos os doentes dessa região, independentemente de serem da responsabilidade financeira de uma ARS ou de uma ULS.

Desta forma, obtém-se a distribuição de doentes por região de saúde ilustrada na figura 4, concluindo-se haver maior concentração de doentes na Região de Lisboa e Vale do Tejo (44% dos doentes).

Figura 4 – Distribuição de doentes por região de saúde



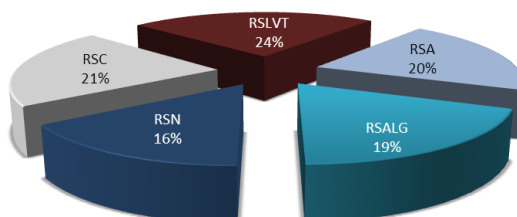
Considerando os dados sobre a população residente disponibilizados pelo INE, aferiu-se a distribuição de doentes por RS com base na população residente em cada região, e calculou-se o número de doentes por RS e por 10.000 habitantes.

A tabela 2 e figura 5 demonstram que os resultados se tornam mais homogêneos entre regiões de saúde, sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo, aquela que apresenta um número de doentes superior face às restantes regiões e ao valor nacional.

Tabela 2 - Distribuição de doentes por região de saúde por 10.000 habitantes

DOENTES POR REGIÃO DE SAÚDE POR 10.000 HABITANTES				
		Nº DE DOENTES	POPULAÇÃO	Nº DOENTES POR 10.000 HAB
REGIÃO DE SAÚDE	RSN	2.593	3.745.575	7
	RSC	1.688	1.784.251	9
	RSLVT	3.956	3.677.584	11
	RSA	454	503.507	9
	RSALG	367	434.023	8
NACIONAL		9.058	10.144.940	9

Figura 5 – Distribuição de doentes por região de saúde por 10.000 habitantes

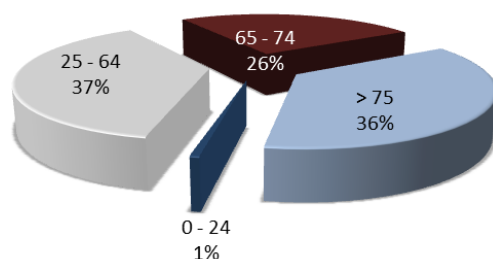


3.1.2. Doentes por faixa etária

Para efeitos de análise do número de doentes por faixa etária, a amostra considerada é de 8.783 doentes.

Conforme se pode observar na figura 6, cerca de 37% dos doentes concentram-se na faixa etária dos 25-64 anos de idade, e 36% acima dos 75 anos de idade.

Figura 6 – Distribuição de doentes por faixa etária



Esta conclusão ver-se-á alterada quando se proceder à análise com base na população residente. A tabela seguinte apresenta os dados sobre o número de habitantes em Portugal Continental, em 2009, disponibilizados pelo INE, por faixa etária.

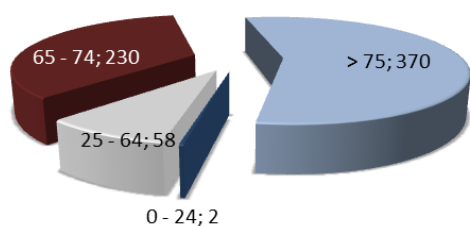
Tabela 3 - Distribuição de população por faixa etária

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA		
FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO *	%
0 - 24	2.639.775	26%
25 - 64	5.666.838	56%
65 - 74	976.240	10%
> 75	862.087	8%
TOTAL	10.144.940	100%

* Fonte INE, 2009

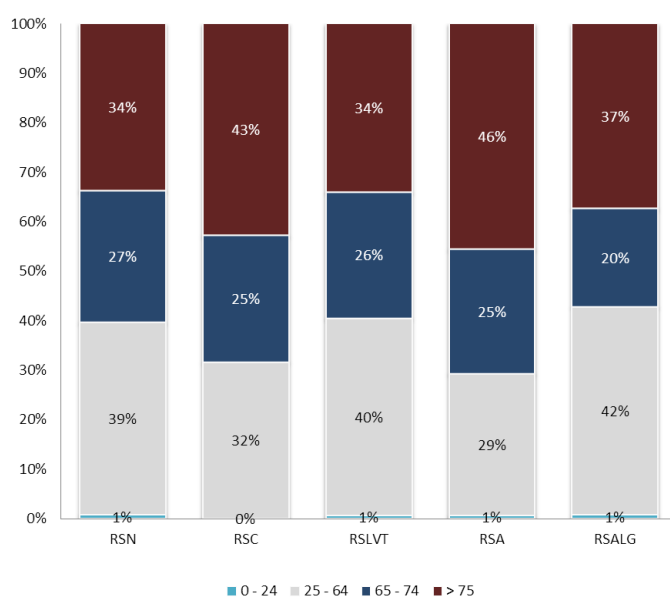
Analisando, então, o número de doentes face à população residente, aferido para 100.000 habitantes, pode concluir-se que a faixa etária acima dos 75 anos de idade é aquela onde há maior número de doentes por habitante (figura 7). Esta conclusão fará sentido, se se considerar que a faixa etária onde se concentra menos população é, precisamente, a faixa de população acima de 75 anos de idade.

Figura 7 – Número de doentes por faixa etária e para 100.000 habitantes

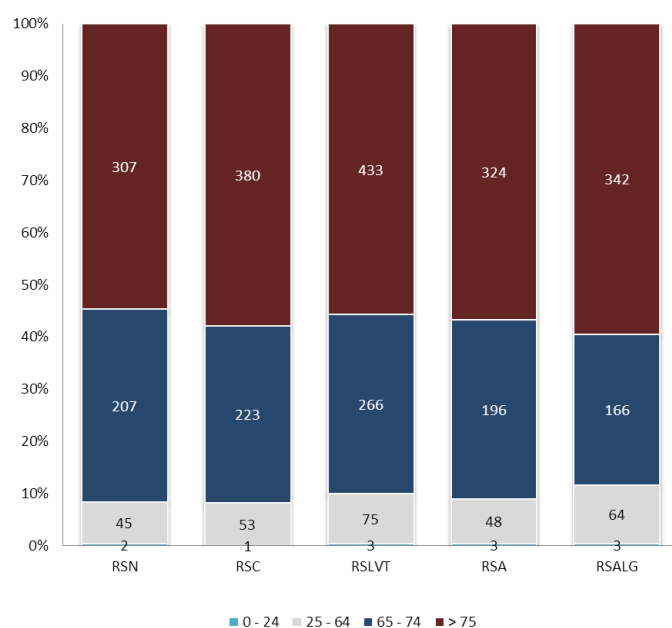


Analisando a distribuição de doentes por faixa etária e por RS, é possível concluir que, a nível nacional, existe consistência na idade em que se colocam os doentes em diálise. A RS do Alentejo é aquela que, segundo os dados recolhidos, coloca os doentes em diálise em idades mais avançadas que as restantes.

Figura 8 – Doentes por faixa etária e região de saúde

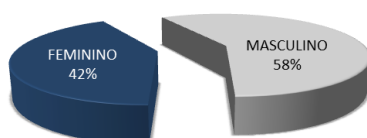


Analisando a figura 9, verifica-se que a análise do número de doentes por faixa etária por 100.000 habitantes é bastante homogénea entre regiões de saúde, havendo sempre mais doentes na RS de Lisboa e Vale do Tejo.

Figura 9 – Doentes por faixa etária e região de saúde, por 100.000 habitantes

3.1.3. Doentes por género

Para efeitos de aferição do número de doentes por género, considera-se uma amostra de 9.043 doentes. A figura seguinte demonstra que há mais doentes do sexo masculino do que feminino.

Figura 10 – Distribuição de doentes por género

Esta conclusão mantém-se válida, quando se analisa a dimensão do género dos doentes por faixa etária (figura 11) e por região de saúde (figura 12).

Figura 11 – Doentes por género e faixa etária

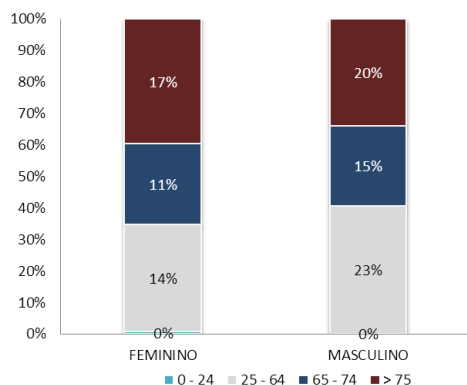
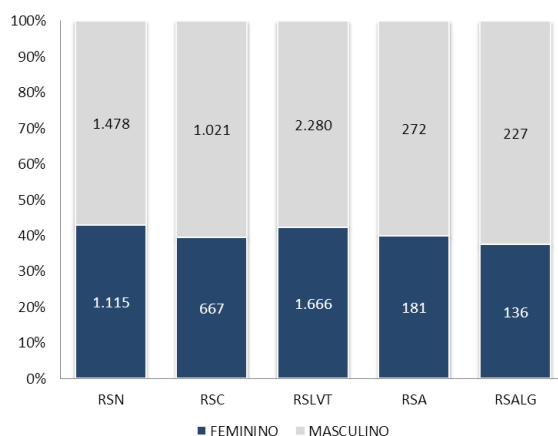


Figura 12 – Doentes por género e região de saúde

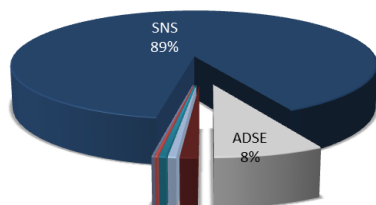


3.1.4. Doentes por subsistema

Na figura seguinte, é possível observar a distribuição de doentes por entidade financeira responsável. Conforme já referido, apenas se consideram doentes beneficiários do SNS ou de subsistemas públicos de saúde, ainda que em 2010, para efeitos de facturação da prestação de cuidados, parte destes doentes tenha passado a ser tratada em igualdade de circunstâncias com os doentes beneficiários do SNS. Doentes ao abrigo de acordos como o Cartão Europeu de Seguro de Doença, consideram-se sempre como beneficiários do SNS.

A percentagem de doentes do SNS é, então, de 89% do universo em estudo. Imediatamente a seguir, encontram-se os beneficiários da ADSE com uma percentagem de 8% dos doentes. Os restantes subsistemas públicos não têm um peso relevante na amostra de doentes seleccionada, representando entre 0% a 1% do total.

Figura 13 – Doentes por subsistema



3.3. Evolução da despesa com cuidados de Hemodiálise

Antes da implementação do modelo de gestão integrada da doença para tratamento da IRC, os cuidados de saúde convencionados na área da diálise restringiam-se à valência de “hemodiálise convencional com filtros de baixa permeabilidade/fluxo”, sendo os prestadores remunerados por um preço por sessão de tratamento no valor de 104,75 €.

No ano de 2008, com o estabelecimento de um preço compreensivo no clausulado tipo da convenção na área da diálise de 547,94 € por doente e por semana (78,28€/doente/dia), passaram a ser assegurados um conjunto de cuidados intrínsecos ao tratamento da IRC para além das sessões de diálise propriamente ditas (e.g. medicamentos de fornecimento obrigatório, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, intercorrências passíveis de resolução nas entidades convencionadas de diálise).

Assim, ao longo do ano de 2008, as entidades convencionadas na área da diálise foram aderindo ao novo clausulado-tipo, assegurando as prestações de saúde nele elencadas, e facturando o preço compreensivo estabelecido.

Conforme se verifica na tabela seguinte, observa-se uma tendência crescente da despesa de 2007 para 2008 (ano em que o preço compreensivo foi implementado), na ordem dos 33%, e de 2008 para 2009, na ordem dos 25%. O crescimento em 2009 poderá, ainda, ser explicado pela introdução do preço compreensivo, uma vez que as entidades não aderiram todas em simultâneo ao novo preço e com efeitos a 1/1/2008. Assim, o efeito de aumento (sobretudo via preço) ocorre nos anos de 2008 e 2009.

Em 2010, verifica-se uma tendência de forte aumento do nível da despesa do SNS com cuidados de hemodiálise, mais ligeira que em anos anteriores, e que pode reflectir aumentos no número de doentes em hemodiálise, uma vez que se esperaria, no ano em análise, a consolidação do modelo GID. Com

feito, de acordo com dados recolhidos pela DGS, observou-se, em 2010, um aumento do número de doentes tratados em entidades privadas de cerca de 3%.

Salienta-se, ainda, que de acordo com informação reportada pela própria entidade, a ULS do Norte Alentejano não está a contabilizar todos os encargos resultantes do tratamento de doentes em hemodiálise em ambulatório na conta respectiva, o que resulta numa aparente diminuição de 53% da despesa face ao ano anterior.

Tabela 4 – Evolução de custos com hemodiálise por ARS e ULS – 2007 a 2010

Evolução dos custos com Hemodiálise - ARS/ULS - 2007 a 2011								
		2007	2008	var. 2008/2007	2009	var. 2009/2008	2010	var. 2010/2009
ARS	ARSN	37.682.221,09 €	41.342.322,95 €	10%	60.695.578,51 €	47%	65.624.730,64 €	8%
	ARSC	30.022.355,00 €	38.892.314,17 €	30%	30.831.642,71 €	-21%	30.613.210,05 €	-1%
	ARSLVT	52.948.752,76 €	77.461.269,43 €	46%	99.426.157,16 €	28%	113.246.297,75 €	14%
	ARSA	5.118.558,29 €	4.779.325,92 €	-7%	5.718.661,18 €	20%	6.650.884,60 €	16%
	ARSALG	5.253.593,93 €	8.631.624,20 €	64%	9.976.510,72 €	16%	10.595.261,94 €	6%
	TOTAL ARS	131.025.481,07 €	171.106.856,67 €	31%	206.648.550,28 €	21%	226.730.384,98 €	10%
ULS	ULSAM	- €	1.211.800,30 €	N/A	5.545.402,11 €	358%	5.582.077,09 €	1%
	ULSM	2.214.930,02 €	2.392.270,11 €	8%	3.026.321,21 €	27%	3.357.249,34 €	11%
	USLG	- €	157.325,11 €	N/A	3.292.311,89 €	1993%	3.471.351,04 €	5%
	ULSCB	- €	- €	N/A	- €	N/A	2.493.870,03 €	N/A
	ULSNA	1.708.429,36 €	3.011.934,28 €	76%	3.346.546,51 €	11%	1.580.939,01 €	-53%
	ULSBA	- €	1.419.989,86 €	N/A	3.041.966,40 €	114%	3.329.338,96 €	9%
TOTAL ULS	3.923.359,38 €	8.193.319,66 €	109%	18.252.548,12 €	123%	19.814.825,47 €	9%	
TOTAL ARS E ULS	134.948.840,45 €	179.300.176,33 €	33%	224.901.098,40 €	25%	246.545.210,45 €	10%	

Fonte: UOGF, SIEF, Demonstrações Financeiras; 02/06/2011.

N/A - Não Aplicável

As figuras 14 e 15 permitem observar que, dentro dos respectivos grupos, (ARS ou ULS), as ARS de Lisboa e Vale do Tejo, e do Norte, bem como a ULS do alto Minho, são as que mais contribuem para o nível a despesa.

Figura 14 – Proporção de custos com hemodiálise - Administrações Regionais de Saúde 2010

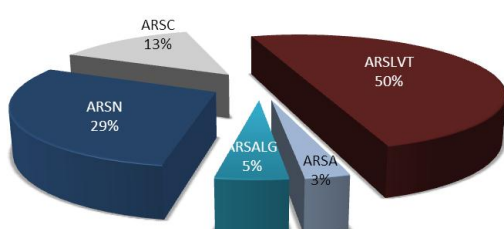
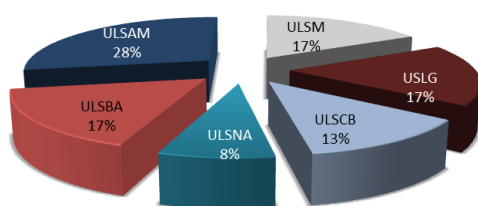
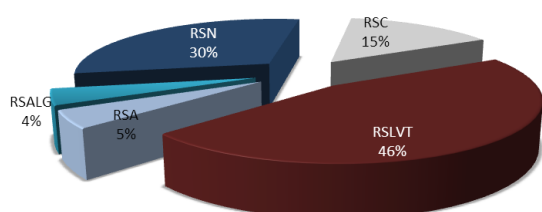


Figura 15 - Proporção de custos com hemodiálise – Unidades Locais de Saúde 2010



Analisando, no entanto, a proporção de custos com hemodiálise independentemente do tipo de entidade, observa-se que a RS de Lisboa e Vale do Tejo e a RS do Norte são responsáveis pela maior parte da despesa (figura 16).

Figura 16 - Proporção de custos com hemodiálise por região de saúde em 2010



Considerando a informação recolhida sobre o número de doentes e de habitantes por região de saúde, torna-se possível a realização de análises de custos *per capita* relativas ao ano de 2010.

A tabela seguinte demonstra os custos *per capita* por doente e por habitante, por região de saúde no ano de 2010.

Tabela 5 - Custos por doente e por habitante, por região de saúde em 2010

CUSTOS POR DOENTE E POR HABITANTE POR REGIÃO DE SAÚDE						
		Nº DE DOENTES	POPULAÇÃO	CUSTOS	CUSTOS/DOENTE	CUSTOS/HABIT.
REGIÃO DE SAÚDE	RSN	2.593	3.745.575	74.564.057,07 €	28.755,90 €	19,91 €
	RSC	1.688	1.784.251	36.578.431,12 €	21.669,69 €	20,50 €
	RSLVT	3.956	3.677.584	113.246.297,75 €	28.626,47 €	30,79 €
	RSA	454	503.507	11.561.162,57 €	25.465,12 €	22,96 €
	RSALG	367	434.023	10.595.261,94 €	28.869,92 €	24,41 €
TOTAL		9.058	10.144.940	246.545.210,45 €	27.218,50 €	24,30 €

Conforme se verifica nas figuras seguintes, existem algumas divergências a nível regional nos custos *per capita* apurados. Essas diferenças são mais significativas na análise de custos por habitante (onde a RS de Lisboa e Vale do Tejo se distancia das restantes com os custos por habitante mais elevados), do que na análise dos custos por doente (onde as regiões de saúde do Centro e Alentejo se destacam por apresentarem custos por doente mais baixos do que os apurados a nível nacional).

Figura 17 - Custos por doente e por região de saúde em 2010

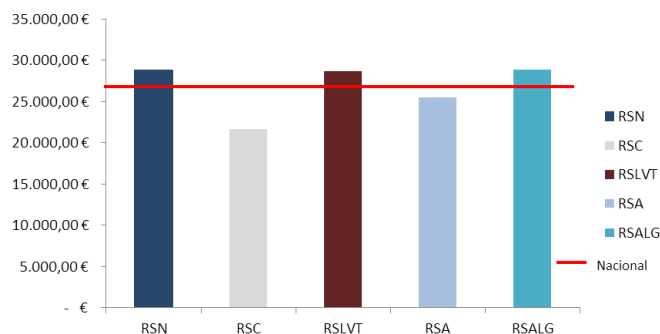
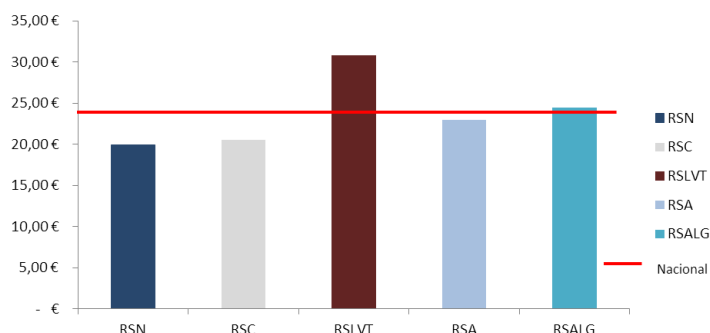


Figura 18 - Custos por habitante e por região de saúde em 2010



Desde a implementação da modalidade de pagamento por preço compreensivo, verifica-se que o aumento dos custos com hemodiálise fez aumentar a relevância desta rubrica de despesa no total da despesa do SCS. De notar que a presente análise apenas inclui as áreas do SCS elencadas na tabela 6, excluindo encargos com o transporte de doentes, o Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia os Cuidados Respiratórios Domiciliários e os Cuidados Continuados Integrados.

Nestes termos, em 2008, 2009 e 2010, os encargos com hemodiálise já representam 27%, 31% e 33% da despesa do SCS, apenas precedidos pela valência de análises clínicas nos anos de 2008 e 2009. A tabela 6 ilustra esta situação.

Tabela 6 – Encargos do SNS com a aquisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica ao sector convencionado da saúde

CUSTOS SECTOR CONVENCIONADO DA SAÚDE							
	2008	Prop. face ao total	2009	Prop. face ao total	2010	Prop. face ao total	
CUSTOS TOTAIS	ANÁLISES CLÍNICAS	217.209.335,00 €	33%	226.247.070,00 €	32%	219.426.288,00 €	30%
	HEMODIÁLISE	179.300.176,33 €	27%	224.901.098,40 €	31%	246.545.210,45 €	33%
	RADIOLOGIA	146.741.332,00 €	22%	142.401.411,00 €	20%	140.203.757,00 €	19%
	MFR	68.108.606,00 €	10%	77.074.845,00 €	11%	88.284.272,00 €	12%
	CARDIOLOGIA	23.857.152,00 €	4%	24.633.508,00 €	3%	24.337.555,00 €	3%
	GASTROENTEROLOGIA	10.556.805,00 €	2%	11.253.032,00 €	2%	11.758.163,00 €	2%
	ANATOMIA PATOLÓGICA	3.564.198,00 €	1%	3.815.368,00 €	1%	4.182.315,00 €	1%
	PNEUMOLOGIA E IMUNOALERGOLOGIA	1.965.811,00 €	0%	2.077.196,00 €	0%	2.268.044,00 €	0%
	MEDICINA NUCLEAR*	1.664.895,00 €	0%	1.524.706,00 €	0%	1.327.530,00 €	0%
	ESPECIALIDADES MÉDICO-CIRÚRGICAS	692.698,00 €	0%	726.506,00 €	0%	865.375,00 €	0%
	ELECTROENCEFALOGRAFIA	706.900,00 €	0%	614.477,00 €	0%	573.767,00 €	0%
	NEUROFISIOLOGIA	275.315,00 €	0%	275.300,00 €	0%	267.260,00 €	0%
	OTORRINOLARINGOLOGIA	220.780,00 €	0%	206.301,00 €	0%	191.570,00 €	0%
	PSICOLOGIA	8.500,00 €	0%	7.569,00 €	0%	6.086,00 €	0%
	UROLOGIA	19,00 €	0%	- €	0%	- €	0%
	TOTAL	654.872.522,33 €	100%	715.758.387,40 €	100%	740.237.192,45 €	100%

Fonte: Aplicação "Conferência de Facturas de Convencionados" (Dados Extracontabilísticos para o ano 2008), Plataforma SIARS Nacional (para 2009 e 2010) e Sistema de Informação Económica e Financeira (SIEF), Demonstrações Financeiras, 02/06/2011, para a área da Hemodiálise.

*Os valores apresentados não incluem os custos com rádiofarmacos que ascendem, em 2008, ao valor de € 6.425.758,00 e, em 2009, a € 6.557.497,00 (OBISIEF, 2010).

IV – ESTUDO DE IMPACTO DO PREÇO COMPREENSIVO E DE FORMAÇÃO DO PREÇO EM CENTROS DE ELEVADA DIFERENCIAÇÃO EM NEFROLOGIA

4.1. Considerações prévias

Um ano após a implementação do preço compreensivo para pagamento de tratamentos no âmbito da doença renal crónica, e na sequência do disposto no número 1 da Cláusula 12ª do Despacho n.º 4325/2008 de 23.01 do Senhor Secretário de Estado da Saúde, “os preços (...) são revistos anualmente por despacho ministerial”, a ACSS procedeu, a pedido da tutela, à contratação de entidade externa para auxiliar na realização de trabalho de formação do preço compreensivo para tratamentos de diálise e avaliação do impacto (em unidades monetárias) causado pela implementação do novo modelo, na perspectiva do SNS.

4.2. Principais conclusões

O estudo da formação do preço compreensivo foi realizado nos dois Centros de Elevada Diferenciação (CED) em Nefrologia aceites pela DGS (Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., e Hospital de S. João do Porto, E.P.E.), dado o seu “*papel de comparador público fundamental à gestão integrada da doença (...)*” (CN N.º 14/DSCS/DGID de 31/07/2008).

A ACSS contratou a realização do estudo à empresa *Deloitte Touche Tohmatsu*, tendo sido retiradas as seguintes conclusões:

- O custo/dia apurado nos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., representa entre 67% (52,30 €) a 73% (57,00€) do preço/dia estabelecido na convenção (78,28€);
- O custo/dia apurado no Hospital de S. João, E.P.E., representa entre 72% (56,11€) a 79% (62,12 €) do preço/dia estabelecido na convenção (78,28€).

Desta forma, e ainda de acordo com os resultados do estudo, o impacto da introdução da modalidade de pagamento por preço compreensivo para o SNS representa, pelo menos, um aumento de cerca de 14,8% da despesa por sessão de hemodiálise (incluindo as componentes do preço compreensivo).

V – CONCLUSÃO

Em Portugal, o tratamento da IRC em ambulatório é, primordialmente, realizado no seio do sector privado, sendo o acesso dos cidadãos do SNS assegurado através do estabelecimento de convenções.

Tratando-se de uma condição crónica que exige a prestação de um conjunto de cuidados (sessões de diálise, medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica), o MS promoveu uma abordagem de gestão integrada da doença, que garantisse aos doentes o acesso à maioria dos cuidados inerentes à sua condição, no mesmo local de prestação e sem necessidade de deslocação ao hospital de referência (e.g. para levantar medicação). Antes da implementação do modelo, a convenção apenas garantia ao doente em diálise, no próprio local de prestação, o acesso aos tratamentos dialíticos, sendo as restantes componentes asseguradas em outras sedes.

O estabelecimento de um preço compreensivo e a prestação de um conjunto de cuidados de forma integrada representou, então, uma profunda alteração na forma de aquisição dos serviços de saúde pelo SNS, no seio do SCS. Este facto, aliado à relevância dos encargos com hemodiálise no seio do SNS, justifica a necessidade de um acompanhamento rigoroso desta modalidade de pagamento, no âmbito das competências da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da ACSS. O presente relatório procurou caracterizar a oferta e procura de cuidados de diálise, bem como os encargos associados à modalidade de pagamento implementada em 2008, permitindo retirar as conclusões que se apresentam neste capítulo.

Pela análise da oferta de cuidados em diálise, pode concluir-se que:

- i. No universo de 9.765 doentes, verifica-se que o SCS presta cuidados a 93% dos doentes em programa de hemodiálise, cabendo ao SNS o tratamento de apenas 7% dos doentes;
- ii. De acordo com a informação existente na plataforma GID a 31/12/2010, as entidades com maior peso na prestação de cuidados de diálise a nível nacional são a *Nephrocare* (42%) e a *Diaverum* (23%);
- iii. Consoante a RS em causa, o peso das entidades prestadoras do sector privado/social altera-se, havendo casos em que apenas opera um tipo de prestador na região (e.g. *Nephrocare* nas regiões de saúde do Alentejo e Algarve).

Em relação à procura de cuidados em diálise, conclui-se o seguinte:

- i. A maioria dos doentes em diálise é beneficiária do SNS (89%), seguindo-se os beneficiários da ADSE (8%);

- ii. As regiões de saúde com maior número de doentes em diálise (quer da responsabilidade financeira das ARS quer das ULS) são a de Lisboa e Vale do Tejo (44%) e Norte (29%). Na análise por habitante, a proporção de doentes é homogénea entre as regiões, excepto em Lisboa e Vale do Tejo que apresenta maior número de doentes face à população residente;
- iii. Existem mais doentes em diálise nas faixas etárias dos 25-64 doentes e acima dos 75 anos de idade. Na análise por habitante, a proporção de doentes é superior na faixa etária acima dos 75 anos de idade (onde se concentra apenas 8% da população);
- iv. A população em hemodiálise é, maioritariamente do género masculino, sendo esta conclusão válida quando se faz a análise por faixa etária e por região de saúde.

Relativamente aos encargos com hemodiálise, pode concluir-se que:

- i. Os custos com hemodiálise cresceram 33% no ano de implementação do preço compreensivo (2008) e 25% em 2009, mas trata-se de um preço que inclui componentes não abrangidas no modelo anterior (sessões de diálise, medicamentos, MCDT);
- ii. O efeito, em custos, da implementação de uma modalidade de pagamento por preço compreensivo, reflecte-se na conta da hemodiálise nos anos de 2008 e 2009;
- iii. Em 2009 e 2010, os encargos com hemodiálise de doentes beneficiários de subsistemas de saúde passam a estar reflectidos na conta de hemodiálise;
- iv. Em 2010 continua a observar-se um aumento de encargos com hemodiálise de 10% face ao ano anterior. O número de doentes em tratamento em unidades do sector privado/social terá sofrido, neste mesmo ano, um aumento de 3% face ao ano anterior;
- v. As regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte, são aquelas em que a despesa com hemodiálise é mais significativa face ao total de encargos com esta prestação de cuidados, o que está em conformidade com o facto de serem as regiões com maior número de doentes em tratamento;
- vi. Em termos de custos *per capita* observam-se algumas divergências a nível regional nos custos apurados. Essas diferenças são mais significativas na análise de custos por habitante (onde a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo se distancia das restantes com os custos por habitante mais elevados), do que na análise dos custos por doente (onde as regiões de saúde do Centro e Alentejo se destacam por apresentarem custos por doente mais baixos do que os apurados a nível nacional);
- vii. Os encargos com hemodiálise representam, em 2010, 33% dos encargos do SCS, sem considerar encargos com o transporte de doentes, o Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia os Cuidados Respiratórios Domiciliários e os Cuidados Continuados Integrados.

