Benchmarking Clínico

Estudo comparativo entre Grandes Hospitais Universitários Ibéricos

Abril de 2012

UBM Medica
IASIST PORTUGAL
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Autores:
Carolina Sais
Hugo Lopes
João Completo
Manuel Delgado
Mercè Casas

Agradecimentos:
A IASIST Portugal agradece a disponibilidade dos hospitais portugueses envolvidos, para a realização e apresentação pública do presente estudo.

No presente estudo, não são identificados os hospitais a que correspondem os resultados obtidos nos diferentes indicadores.

Nessa linha, e excepto quando devidamente assinalado, os hospitais são apresentados nos diferentes gráficos por ordem crescente do valor do indicador em causa, não existindo correspondência directa entre a posição dos mesmos.

Os dados obtidos relativos à actividade clínica de cada hospital, bem como os respectivos resultados, são única e exclusivamente do seu conhecimento.

Respeitamos, assim, os princípios éticos e deontológicos que norteiam o nosso trabalho, preservando a confidencialidade dos nossos clientes.

ÍNDICE

7 INTRODUÇÃO

8 ANTECEDENTES

9 OBJECTIVOS

10 METODOLOGIA

12 RESULTADOS

21 CONCLUSÕES

22 LIMITAÇÕES

23 RECOMENDAÇÕES

25 GLOSSÁRIO

27 BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

Na conjuntura dramaticamente difícil que o país atravessa, e em que se procuram, aos diferentes níveis de decisão, encontrar soluções que promovam a melhor utilização dos recursos disponíveis (e, em alguns casos, a sua redução) sem afectar os padrões de resposta dos serviços fornecidos aos cidadãos, o SNS, e em particular os seus hospitais, são um foco particularmente exposto às mais desencontradas análises sobre o seu desempenho.

A IASIST Portugal pretende, com este estudo, contribuir para um conhecimento mais objectivo, rigoroso e aprofundado sobre os sucessos dos nossos maiores hospitais públicos, assim como sobre o potencial de melhoria que alguns indicadores deixam claramente transparecer.

Fazemo-lo numa perspectiva eminentemente clínica dos seus resultados e num processo de análise comparativa, inédito em Portugal, com um conjunto de hospitais representativos e similares, de Espanha.

Sabemos das diferenças sociopolíticas, culturais e organizacionais existentes entre Portugal e Espanha o que, em determinadas circunstâncias e face a alguns indicadores, deverá merecer uma ponderação cuidadosa das comparações. Mas, também sabemos das enormes semelhanças existentes nos modelos de Saúde que os dois países adoptaram há algumas décadas atrás e, sobretudo, da universalização das boas práticas clínicas, que rapidamente se estendem, através das comunidades científicas, da indústria produtora de tecnologias, da globalização dos conhecimentos e da prestação de cuidados.

Refira-se, finalmente, a importância deste tipo de estudos no espaço europeu, face à Directiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. A transposição desta Directiva para os países-membros até 25 de Outubro de 2013, justifica plenamente a exigência de um *benchmarking* entre os hospitais europeus, que dê informação relevante para as opções dos cidadãos e para as decisões das Autoridades de Saúde de cada país-membro.

ANTECEDENTES

A IASIST realiza, no nosso país, estudos de *benchmarking* clínico na área hospitalar desde 2004 e reúne já um conjunto de dados significativo sobre o movimento assistencial dos principais hospitais portugueses e espanhóis, neste caso há mais de 20 anos.

A preocupação central deste tipo de estudos é promover conhecimento reservado e exclusivo a cada um dos seus clientes, sobre o respectivo desempenho clínico nas vertentes da eficiência técnica e da qualidade dos resultados, cumprindo sempre todas as normas de confidencialidade. A capacidade analítica destes estudos, comparando indicadores robustos e devidamente ajustados, entre hospitais do mesmo tipo, permite aos responsáveis, ao nível da Administração e da Direcção dos Serviços, adoptar linhas de orientação que preservem as boas práticas e promovam a melhoria nas áreas em que os resultados ficam aquém do que seria expectável.

O Memorando de Entendimento, assinado pelo Governo Português e a Troika, constituída pelo FMI, pelo BCE e pela CE, reconhece a importância deste tipo de estudos, não só para que se potenciem globalmente os bons resultados e desse modo se garanta aos cidadãos as melhores práticas, mas também para que através do *benchmarking* se distingam os procedimentos mais eficientes e isso possa contribuir para uma rede hospitalar globalmente mais racional e com menos desperdícios.

O passo que agora damos, ao publicar este estudo indicativo sobre o comportamento e a fiabilidade dos nossos hospitais universitários, faculta um acesso muito mais amplo a este tipo de indicadores, agora também à comunidade científica, aos decisores políticos, aos doentes e à opinião pública em geral. A transparência maior que daqui resulta e os ensinamentos indiscutíveis que a classe médica, os gestores e os outros profissionais de saúde podem retirar destas metodologias de *benchmarking*, contribuirão decisivamente para a melhor utilização dos recursos disponíveis e garantirão aos cidadãos melhores resultados para a sua saúde e para o seu bem-estar.

Simultaneamente, adiciona conhecimento sobre as semelhanças e diferenças dos hospitais mais diferenciados da Península Ibérica, confirmando a exequibilidade de comparações internacionais deste tipo, aspecto especialmente importante no nosso país face ao número reduzido de hospitais, designadamente ao nível dos estabelecimentos terciários.

OBJECTIVOS

O estudo incide sobre o desempenho clínico de 28 Grandes Hospitais Universitários de Portugal e Espanha, no ano de 2010, e tem como principais objectivos:

I. Comparar resultados clínicos da actividade de internamento e de cirurgia ambulatória entre os países ibéricos e, dentro de cada país, apresentar as diferenças entre os respectivos hospitais, tendo em vista a efectividade e a eficiência da assistência prestadas aos doentes;

II. Analisar a variabilidade existente entre países e dentro de cada país;

III. Facultar aos responsáveis clínicos, aos gestores e profissionais de Saúde e à opinião pública, em geral, uma informação rigorosa, porventura inédita e actualizada, sobre o desempenho clínico dos nossos principais hospitais, num *benchmarking* ibérico exigente.

Note-se que não se pretende fazer um ranking de hospitais (com a atribuição de um posicionamento relativo numa escala de mérito ou qualidade global), de natureza meramente informativa e pouco consequente. Pelo contrário, pretende-se disponibilizar conhecimento útil para que, aos diferentes níveis de decisão, se percebam melhor os sucessos obtidos e o potencial de evolução possível nas diferentes dimensões em apreço.

Simultaneamente, pretende-se fornecer à opinião pública, dados rigorosos sobre o desempenho dos seus principais hospitais públicos, que a habilite a proceder a análises mais objectivas e desapaixonadas sobre a qualidade e a eficiência da assistência médica prestada nos principais hospitais portugueses.

METODOLOGIA

A selecção dos hospitais que fazem parte do grupo de comparação foi efectuada tendo em conta diversos factores, como o número de camas, o número e tipo de serviços de internamento, a complexidade[1] da casuística tratada ou o número de equipamentos de alta diferenciação. Assim sendo, fazem parte deste estudo 22 hospitais espanhóis e 6 portugueses, concretamente o Centro Hospitalar do Porto, o Centro Hospitalar Lisboa Central, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho[2], os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Hospital de São João.

Os dados utilizados para o estudo são retirados unicamente das bases de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDHs) de internamento e de cirurgia de ambulatório dos hospitais participantes, referentes ao ano de 2010. Incluem-se, neste *benchmarking*, as seguintes dimensões de análise:

a) Qualidade e exaustividade dos registos clínicos;
b) Complexidade e severidade da casuística;
c) Gestão dos tempos de internamento;
d) Cirurgia ambulatória programada;
e) Qualidade dos resultados clínicos traduzida nas dimensões de mortalidade, complicações e readmissões.

Os resultados de qualidade e eficiência obtidos são ajustados ao risco individual de cada paciente ou episódio, às características do hospital que o trata, às características sócio demográficas do paciente e às próprias características do episódio de assistência[3]. Deste modo, evitam-se os enviesamentos que resultam de comparações de resultados brutos, muitas vezes abusivas e enganadoras.

---

[1] Para melhor esclarecimento dos conceitos de Complexidade e Gravidade/Severidade, consultar o glossário anexo.

[2] Apesar de não ser considerado um Centro Hospitalar Universitário, reune um conjunto de valências de natureza terciária que lhe confere características similares, para além de ter igualmente formação médica.

[3] Características dos pacientes tratados (idade e sexo); Características do episódio de assistência (tipo de admissão, probabilidade associada ao diagnóstico principal, probabilidade associada ao diagnóstico secundário com maior/menor probabilidade, probabilidade associada ao procedimento com maior/menor probabilidade); Características do hospital que trata (Nível do hospital – universitário/não universitário –, Hospital público ou privado).

Na gestão dos tempos de internamento, para efeitos de determinação da demora média ajustada, a IASIST desenvolveu dois modelos estatísticos distintos de regressão linear múltipla (o *Peer Group*, que tem em conta os dados de todos os hospitais, e o *Benchmark*, apenas com os dados dos mais eficientes), que incorpora variáveis referentes ao paciente, ao episódio e ao tipo de hospital que realiza a assistência. Com este modelo são, assim, calculadas as demoras médias esperadas para cada episódio de internamento. Assim, o Índice de Demora Média Ajustado (IDMA) traduz-se no quociente entre o somatório das demoras observadas em cada um dos episódios e o somatório das demoras que se esperaria que cada episódio consumisse.

Na cirurgia de ambulatório sem pernoita, o cálculo dos episódios esperados, com procedimentos potencialmente ambulatórios, obtém-se mediante dois modelos de regressão logística (o *Peer Group*, que tem em conta os dados de todos os hospitais, e o *Benchmark*, apenas com os dados dos hospitais com as taxas de ambulatorização sem pernoita mais elevadas), que incorporam variáveis referentes ao paciente, ao episódio de assistência e ao tipo de hospital que realiza a assistência. Com este modelo, obtém-se a probabilidade de não internar cada episódio com uma intervenção cirúrgica programada. O Índice de Cirurgia de Ambulatório Ajustado (ICAA) traduz-se, então, no quociente entre o número de cirurgias sem internamento observadas e o número de cirurgias sem internamento esperadas. Para este indicador apenas se consideram os episódios potencialmente ambulatórios, que se definem como episódios cirúrgicos, programados e com procedimentos definidos como empiricamente ambulatorizáveis.

No que diz respeito à qualidade assistencial (mortalidade, complicações e readmissões), as ocorrências esperadas (morte, complicações e readmissões) obtêm-se mediante um modelo de regressão logística que incorpora, igualmente, variáveis referentes ao paciente, ao episódio de assistência e ao tipo de hospital que realiza a assistência. Com base neste modelo obtém-se a probabilidade de morte, complicação ou readmissão de cada episódio individual. Assim, os Índices de Mortalidade, Complicações e Readmissões Ajustados pelo Risco (IMAR, ICAR e IRAR, respectivamente), traduzem-se no quociente entre o número de ocorrências observado e o número de ocorrências esperado (soma das probabilidades de morte, complicação ou readmissão de cada episódio individual).

Entende-se por readmissão, um episódio de internamento cuja admissão se verifica num máximo de 30 dias após um episódio prévio, de forma urgente e por via de uma circunstância relacionada com o episódio anterior. A relação com o episódio anterior é estabelecida mediante um algoritmo desenvolvido especificamente para esse efeito.

RESULTADOS

A. CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS EM ESTUDO

A Tabela 1 apresenta as principais características de dimensão, eficiência e complexidade do conjunto de hospitais que está na base do estudo, onde se apresentam, para além dos valores médios, por hospital, os valores mínimos e máximos registados para cada uma das áreas.

	Portugal			Espanha		
Áreas (internamento)	**Média**	**Min.**	**Máx.**	**Média**	**Min.**	**Máx.**
Nº de altas de internamento por hospital	37.768	23.419	49.431	32.261	20.572	45.620
Idade da casuística (anos)	54,0	–	–	54,4	–	–
Peso médio (complexidade)						
Índice (incluindo a GCD-14)[4]	1,47	1,25	1,60	1,49	1,20	1,94
Índice (excluindo a GCD-14)[4]	1,57	1,34	1,67	1,63	1,27	1,94
Demora média (dias)	8,0	6,9	8,8	7,8	6,5	9,1
Número de camas por hospital	1.053	550	1.434	921	588	1.428
Episódios de internamento urgentes	55,8%	49,9%	61,0%	60,8%	47,1%	77,6%
Episódios de internamento cirúrgicos	47,0%	41,6%	54,0%	42,7%	33,8%	51,1%

Tabela 1 – Características dos Hospitais do Grupo de Comparação

[4] GCD-14 = Grande Categoria de Diagnóstico referente à "Gravidez, parto e puerpério".

B. QUALIDADE DOS DADOS

A média de diagnósticos[5] registados/codificados por alta reflecte a capacidade de registo/codificação de cada hospital, permitindo, assim, a melhor captação da complexidade e severidade dos seus pacientes. Em princípio, uma maior exaustividade no registo/codificação terá repercussões importantes na qualidade dos resultados, na medida em que permite uma melhor avaliação do risco dos doentes tratados, contribuindo para uma melhor justificação do consumo de maiores tempos de internamento, assim como do risco de mortalidade, complicações e readmissões.

O *Gráfico 1* ilustra a média de diagnósticos por alta de internamento nos diversos hospitais do grupo de comparação. A exaustividade média nos hospitais de Espanha é superior à verificada nos hospitais de Portugal (5,59 e 5,11, respectivamente). Não obstante, o comportamento em termos de registo/codificação não é uniforme entre os diversos hospitais dos dois países – a média de diagnósticos em Espanha oscila entre os 4,06 e os 7,39, enquanto que em Portugal varia entre os 3,40 e os 7,97, o que expressa uma maior amplitude de variação. Refira-se, inclusivamente, que o hospital que apresenta maior exaustividade é português.

Não obstante, esta diferença entre ambos os países não é estatisticamente significativa, dado que 96,4% da variabilidade nos resultados é explicada pelos hospitais dentro de cada país.

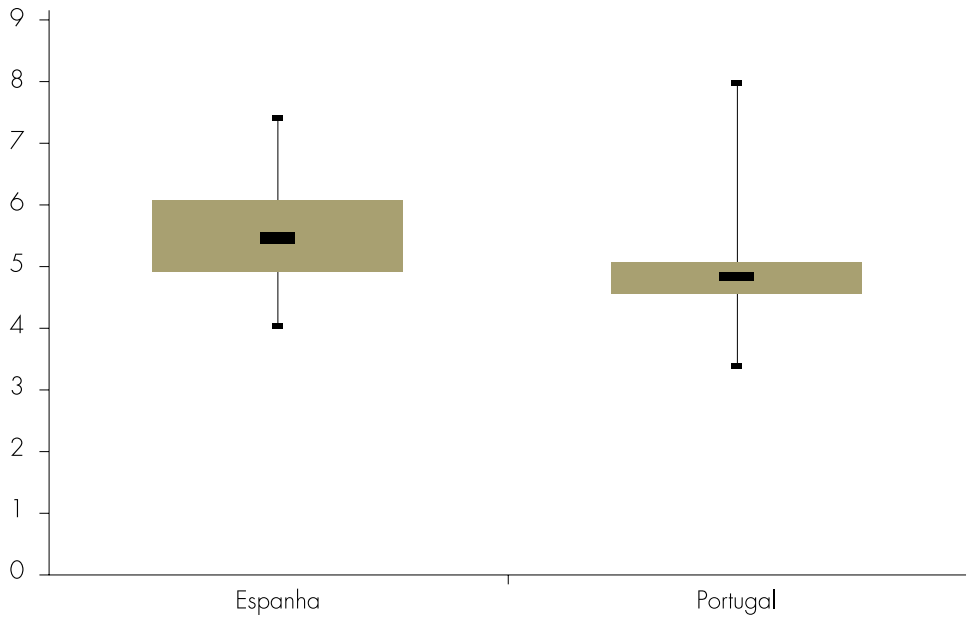

Gráfico 1 – Média de diagnósticos registados/codificados por alta de internamento.

[5] Nomeadamente, diagnóstico principal, secundário, complicações e co-morbilidades de cada paciente atendido em regime de internamento ou de ambulatório cirúrgico.

C. CARACTERIZAÇÃO DA CASUÍSTICA DE INTERNAMENTO

No que diz respeito à complexidade da casuística de internamento, optou-se por fazer dois tipos de análise: uma incluindo e outra excluindo a Grande Categoria Diagnóstica 14 (gravidez, parto e puerpério), para não afectar o juízo da complexidade com as diferenças de natalidade que possam existir entre os países ou nos territórios em que os hospitais estão inseridos.

Assim, analisando toda a actividade de internamento, observa-se que o Índice de Complexidade da casuística (denominado por Peso Médio) dos hospitais de Portugal é de 1,47 face a 1,49 dos hospitais de Espanha. Ou seja, nestes hospitais mais diferenciados, um episódio de internamento consome, em média, mais 30%[6] e 22%[7] de recursos, respectivamente, face a um hospital de complexidade similar à média nacional registada em cada país. Excluindo a GCD 14, a complexidade da casuística passa para 1,57 e 1,63, respectivamente, o que aumenta a diferença de complexidade entre Portugal e Espanha (*Gráfico 2*).

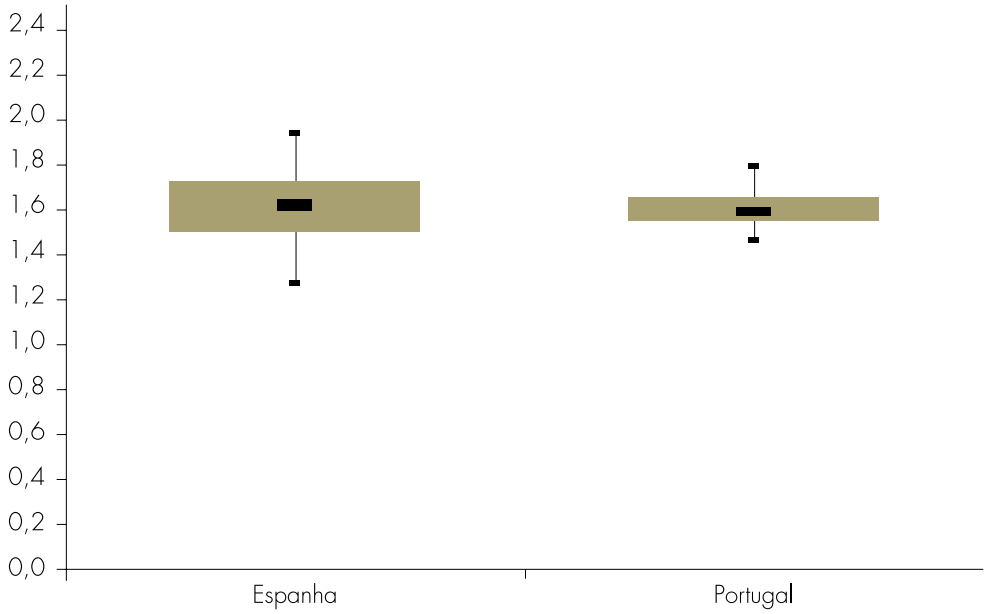

Gráfico 2 – Peso Médio dos hospitais em estudo excluindo a GCD 14.

[6] Diferença calculada com base no índice de *case-mix* dos hospitais de Portugal de 1,13 – Relatório Nacional anual de GDH, ano 2006, ACSS (última publicação).

[7] Diferença calculada com base no índice de *case-mix* dos hospitais de Espanha de 1,22 – Extrapolação efectuada pela IASIST com base em dados de 76% dos hospitais públicos de agudos de Espanha, ano 2009.

D. GESTÃO DOS TEMPOS DE INTERNAMENTO

Este módulo permite perceber até que ponto os pacientes de um determinado hospital permanecem internados mais ou menos tempo que o esperado, quer quanto à performance média dos hospitais (*Peer Group*[8]), quer quanto ao subconjunto dos hospitais que apresentam as melhores performances (*Benchmark*[9]).

a. Demora Média Bruta

A demora média bruta de internamento varia bastante entre os diversos hospitais em análise, entre os 6,52 e os 9,07 dias em Espanha e entre os 6,93 e os 8,77 dias em Portugal (Gráfico3).

b. Índice de Demora Média Ajustado[10] (IDMA)

Quando comparados com o *Peer Group*, tanto os hospitais portugueses, como os espanhóis, apresentam um índice ajustado médio de 0,91, o que representa uma poupança de 9% no consumo de dias de internamento, traduzindo-se num impacte médio, por hospital, de -26.000 dias em Espanha e -25.800 dias em Portugal. Esta diferença corresponde a uma eficiência traduzida em número médio de camas[11] utilizadas, por hospital, de -84 em Espanha e -83 em Portugal.

Não obstante, quando comparados com o *Benchmark* (*Gráfico 3*), quer os hospitais de Espanha, quer de Portugal apresentam um índice ajustado médio superior ao esperado (1,24 e 1,23, respectivamente). Ou seja, este consumo de 24% e 23% superior ao esperado traduz-se num impacte médio, por hospital, em dias de internamento consumidos a mais, de 45.360 e 56.000, respectivamente. Este consumo excessivo traduz-se também num impacte médio, por hospital, em termos de camas de internamento, de +146 em Espanha e +180 em Portugal.

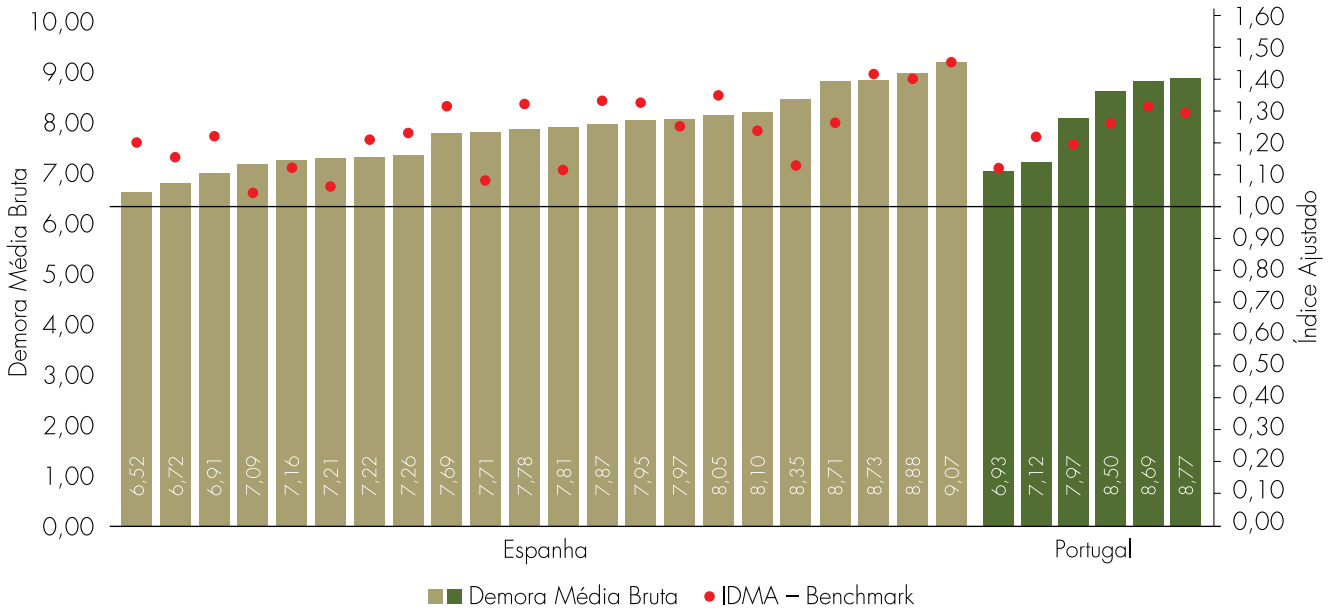

Gráfico 3 – Comparação dos tempos de internamento brutos e ajustados pelo risco (Benchmark).

[8] Estima as demoras médias ajustando-as ao desempenho da média dos hospitais escolares e universitários que fazem parte das bases de dados da IASIST.

[9] Estima as demoras médias ajustando-as ao desempenho do subconjunto dos hospitais escolares e universitários mais eficientes no consumo de dias de internamento (percentil 25) que fazem parte das bases de dados da IASIST.

[10] Sempre que os valores do "IDMA" forem inferiores a 1, significa que os tempos de internamento observados em cada hospital foram inferiores aos que seriam de esperar tendo em conta o risco individual dos seus pacientes.

[11] Obtido com base numa taxa de ocupação de 85%.

E. CIRURGIA AMBULATÓRIA PROGRAMADA

Este módulo permite perceber se o volume de intervenções cirúrgicas realizadas em ambulatório, sem pernoita, é superior ou inferior ao esperado, quer em termos brutos (taxa bruta de substituição), quer tendo em conta o risco individual da casuística que cada hospital tratou (comparando com o *Peer Group* ou com o *Benchmark*).

a. Taxa Bruta de Substituição

Em termos gerais, a taxa bruta de substituição é bastante similar entre os dois países (62%). Não obstante, os hospitais espanhóis apresentam uma maior variabilidade nas suas taxas de ambulatório – oscilam entre os 49% e os 83% – face aos hospitais portugueses – variam entre os 51% e os 70% (Gráfico 4).

b. Índice de Cirurgia de Ambulatório Ajustado[12] (ICAA)

Apesar dos diversos hospitais em estudo apresentarem diferentes taxas de substituição, ajustando pelo risco individual da sua casuística, a maioria apresenta níveis de ambulatorização superiores ao *Peer Group*[13] (ICAA dos hospitais de Espanha igual a 1,09 face a 1,06 dos hospitais de Portugal). Ou seja, quando comparados com a performance média do grupo de comparação, os hospitais espanhóis realizam mais 9% de procedimentos em ambulatório, face aos 6% dos hospitais de Portugal. Diferenças estas, todavia, estatisticamente pouco significativas devido à maior variabilidade do índice entre os hospitais do mesmo país. No entanto, comparando com a performance do *Benchmark*[14], o potencial de melhoria da substituição da cirurgia convencional pela ambulatória é maior, aproximadamente 20% em ambos os países (*Gráfico 4*).

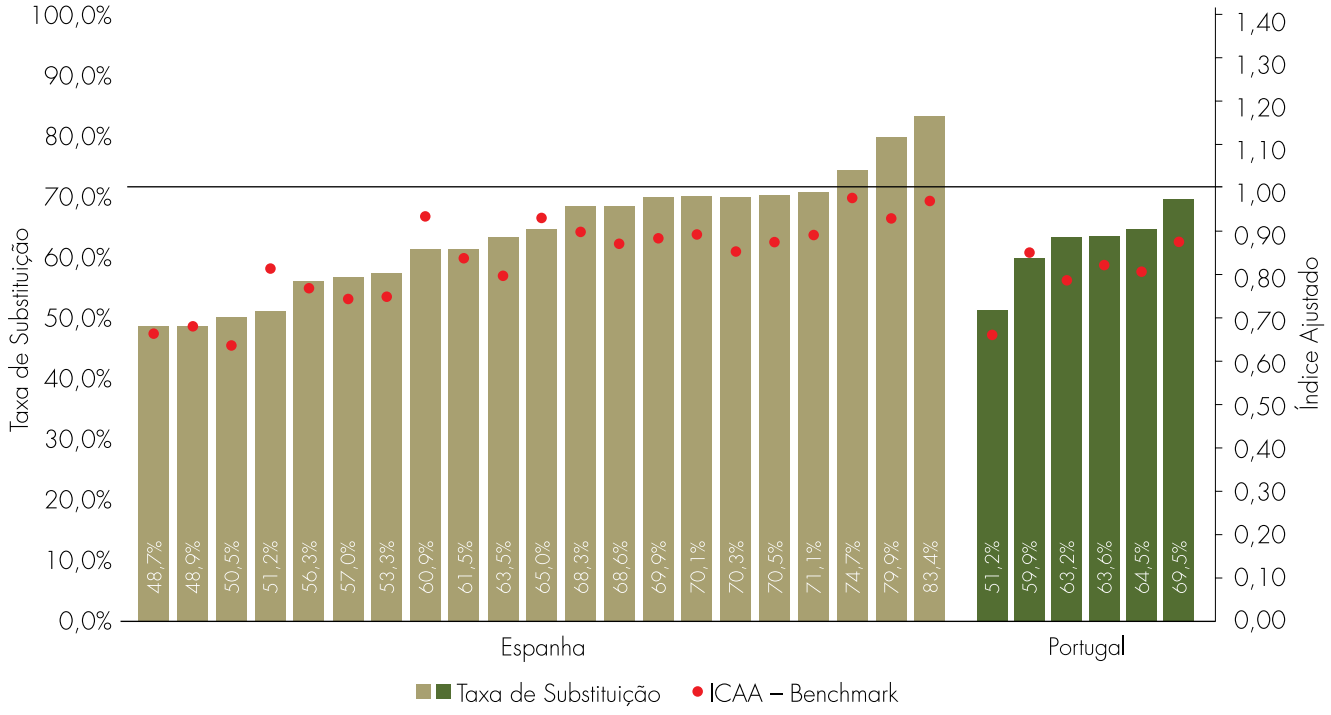

Gráfico 4 – Taxa bruta de substituição e índice ajustado pelo risco (Benchmark)

[12] Sempre que os valores do "ICAA" forem inferiores a 1, significa que os episódios com procedimentos ambulatórios observados foram inferiores aos esperados tendo em conta a complexidade individual dos pacientes.

[13] Estima as probabilidades de ambulatorização cirúrgica ajustando-as ao desempenho da média dos hospitais escolares e universitários que fazem parte das bases de dados da IASIST.

[14] Estima as probabilidades de ambulatorização cirúrgica ajustando-as ao desempenho do subconjunto dos hospitais escolares e universitários com melhor performance (percentil 25) que fazem parte das bases de dados da IASIST.

F. QUALIDADE ASSISTENCIAL

a. Mortalidade

O *Gráfico 5* permite comparar não só as taxas brutas de mortalidade, como também os índices de mortalidade ajustados pelo risco[15] (IMAR).

Apesar de existirem taxas brutas bastante dispares, os hospitais portugueses apresentam excelentes resultados no que diz respeito à mortalidade. À excepção de um, todos apresentam uma mortalidade observada inferior ao esperado, o que quer dizer que foram evitados óbitos clinicamente justificáveis, face às características dos episódios. Esta situação é bastante similar à verificada em Espanha.

Em Portugal, o único hospital que apresenta um número de óbitos superior ao que seria de esperar, tendo em conta a casuística (IMAR= 1,22), é aquele que apresenta o menor número de diagnósticos registados/codificados por alta. Ou seja, com base na informação que consta nos processos clínicos dos pacientes, este hospital não conseguiu justificar 22% dos óbitos observados.

A mortalidade bruta entre Espanha e Portugal apresenta diferenças estatisticamente significativas (4,0% e 4,8%, respectivamente). Não obstante, quando ajustadas pelo risco individual da casuística essas diferenças entre os países são anuladas, tornando, assim, o modelo válido para comparação.

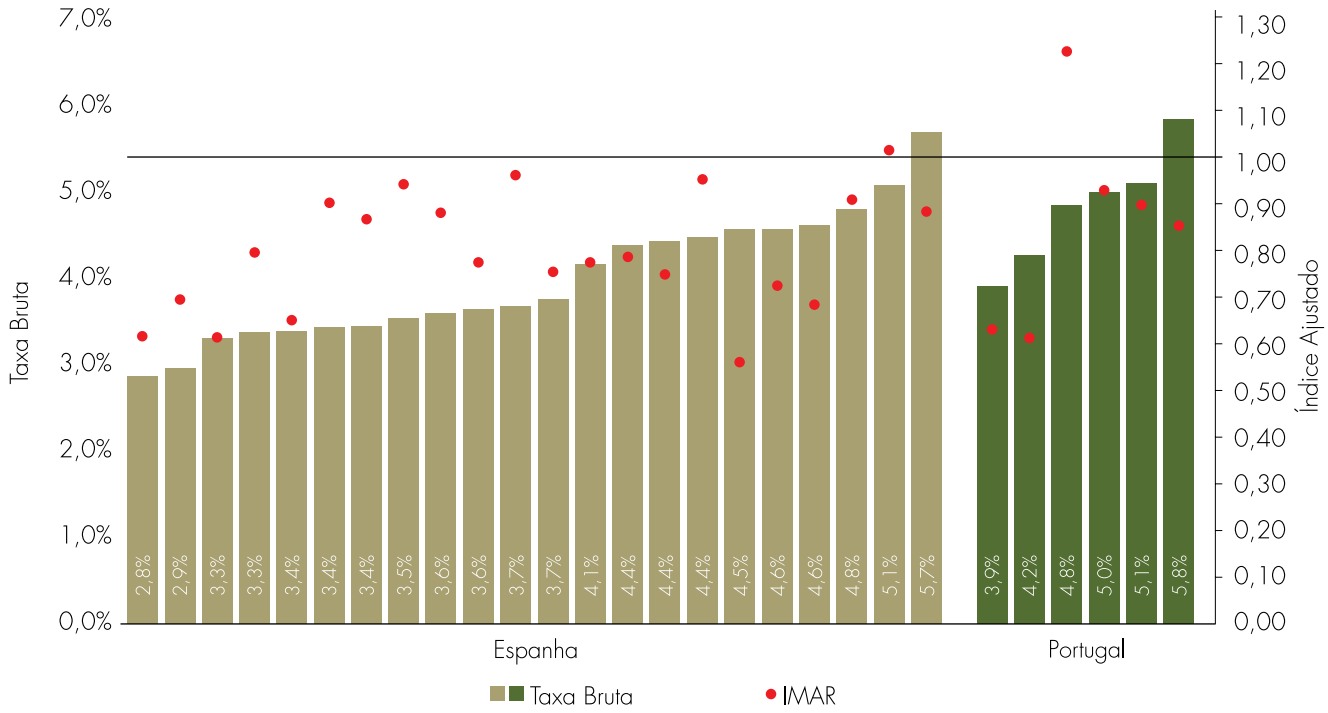

Gráfico 5 – Comparação da mortalidade bruta e ajustada pelo risco

[15] Sempre que os valores do "IMAR" forem inferiores a 1, significa que o número de óbitos observados no hospital foi inferior face aos que seria de esperar, tendo em conta o risco (gravidade/severidade) individual dos pacientes.

b. Complicações

O *Gráfico 6* permite comparar não só as taxas brutas de complicações, como também os índices de complicações ajustados pelo risco[16] (ICAR).

Apesar de distintas taxas brutas, os hospitais em Portugal apresentam, de um modo geral, um número de episódios com complicações inferior ao que seria de esperar tendo em conta o risco da casuística. Importa, todavia, referir que a menor exaustividade do registo/codificação poderá estar a contribuir para um sub-registo de todas as complicações verificadas nos hospitais.

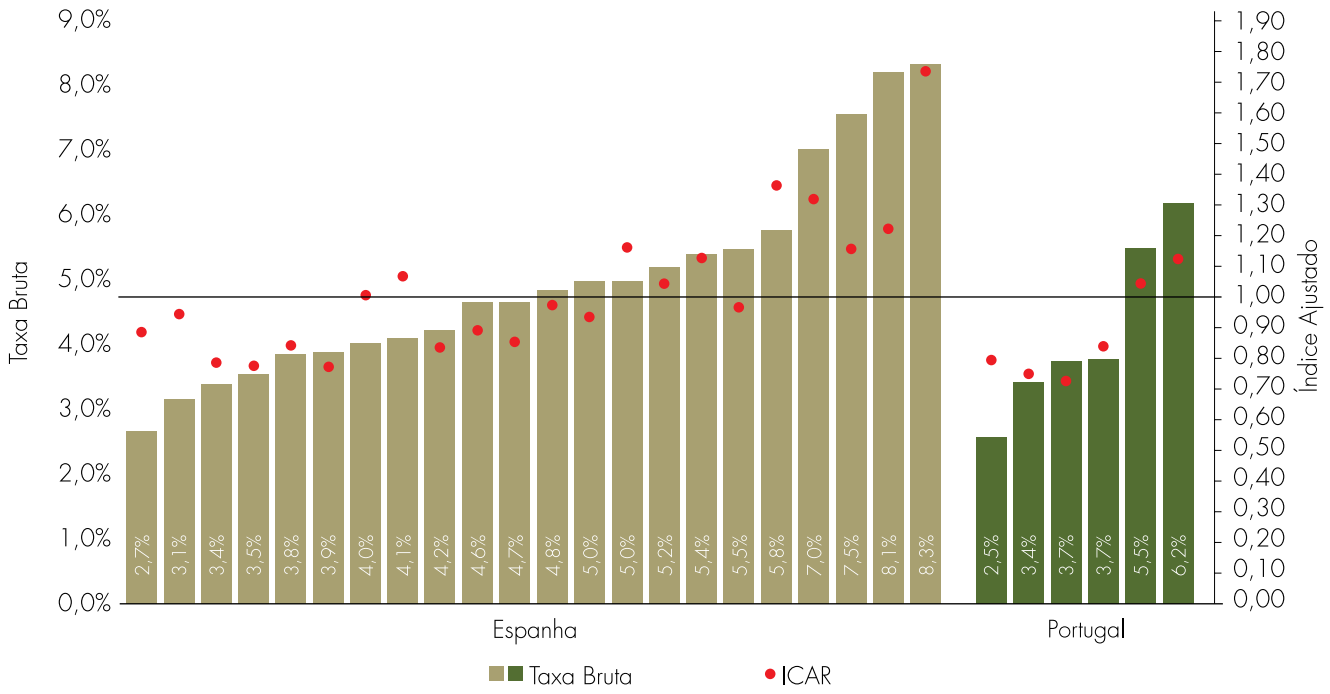

Gráfico 6 – Comparação das complicações brutas e ajustadas pelo risco

[16] Sempre que os valores do "ICAR" forem inferiores a 1, significa que o número de episódios que apresentaram alguma complicação no hospital foi inferior face aos que seriam de esperar tendo em conta o risco (gravidade/severidade) individual dos pacientes.

c. Readmissões

Finalmente, o *Gráfico 7* permite comparar as taxas brutas de readmissão, assim como os índices de readmissão ajustados pelo risco[17] (IRAR).

À semelhança das análises anteriores, existe uma grande variabilidade entre as taxas brutas de readmissão dos hospitais em análise, sendo mais heterogéneo nos hospitais espanhóis – oscilam entre 2,8% e 6,7%, face a Portugal em que variam entre 3,8% e 5,5%.

Apesar da diferença nos valores brutos, à excepção de um hospital que apresenta um IRAR 16% superior ao esperado, os hospitais portugueses apresentam índices de readmissão ajustados pelo risco individual dos pacientes próximos do valor de referência.

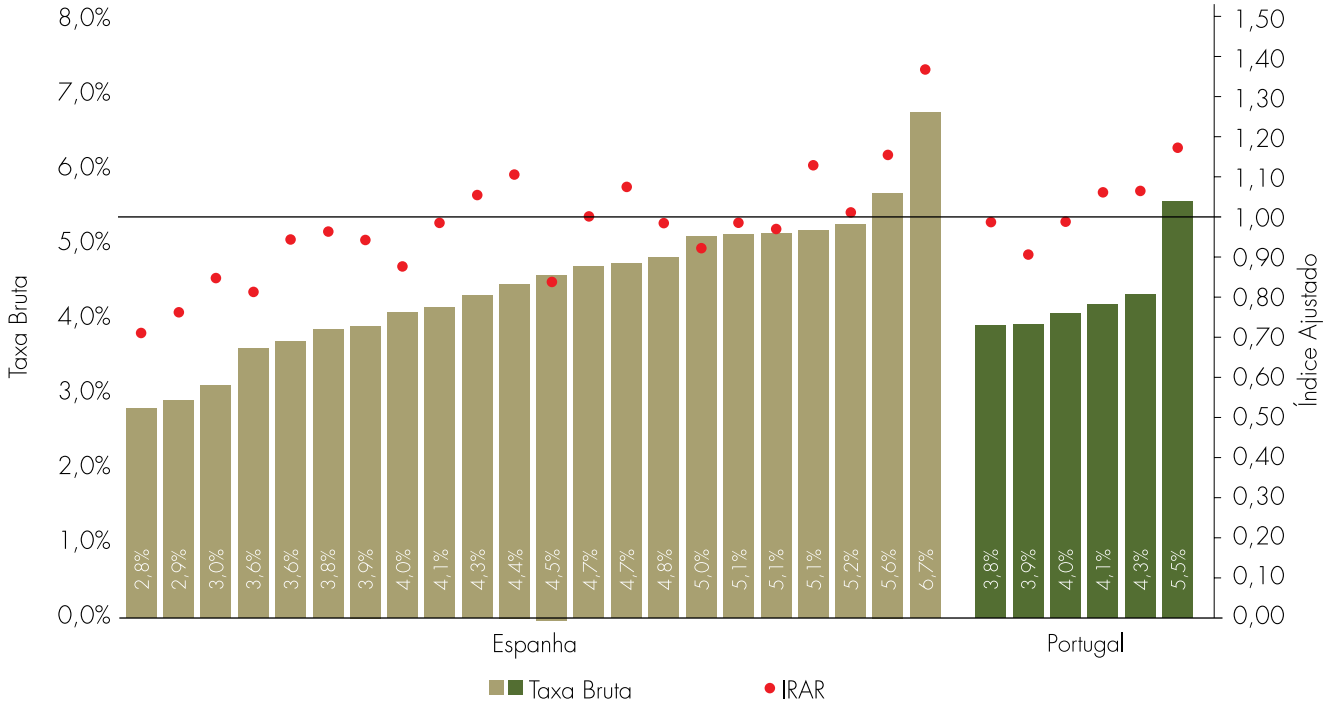

Gráfico 7 – Comparação das readmissões brutas e ajustadas pelo risco

[17] Sempre que os valores do "IRAR" forem inferiores a 1, significa que o número de episódios readmitidos no hospital de forma urgente, até 30 dias após a alta e relacionados com o episódio de origem foi inferior face aos que seriam de esperar tendo em conta o risco (gravidade/severidade) individual dos pacientes.

CONCLUSÕES

É a primeira vez que se realiza um estudo de *benchmark*ing sobre os resultados de hospitais espanhóis e portugueses. Apesar das diferenças, entre países e entre hospitais, o Grupo de Comparação que utilizamos (grandes hospitais universitários) é robusto e válido para os efeitos pretendidos.

As principais conclusões a retirar deste estudo são as seguintes:

I. Não há, em termos globais, diferenças estatisticamente significativas no desempenho dos hospitais universitários dos dois países, permitindo inferir-se que a prática clínica é globalmente similar e apresenta idênticos resultados, quer em termos de qualidade quer em termos de eficiência técnica.

II. Verifica-se, todavia, uma variabilidade de desempenhos entre hospitais dentro de cada país em todos os domínios da análise. No caso português refira-se a grande variação verificada na exaustividade dos registos clínicos (o hospital que mais regista apresenta, globalmente, mais do dobro dos registos face ao hospital que menos regista), as diferenças assinaláveis na realização de cirurgias em ambulatório e os significativos desvios registados no Índice de Mortalidade Ajustado pelo Risco (oscilando entre 0,63 e 1,22) embora globalmente inferior ao esperado, o que é muito positivo.

III. Registe-se, também, a significativa margem de progressão que, quer os hospitais universitários espanhóis, quer os hospitais universitários portugueses, apresentam na comparação com o *benchmark*, quanto às durações de internamento. No caso português, a aproximação aos melhores desempenhos permitiria poupar, numa perspectiva estrutural, cerca de 1.080 camas. Este seria o cenário ideal, sem os constrangimentos relacionados com os casos sociais ou a escassez de oferta em camas de Cuidados Continuados, situação que, infelizmente, ainda se verifica em Portugal.

Em resumo, a qualidade assistencial dos hospitais portugueses é, globalmente, bastante positiva e robusta, o que se deverá, com certeza, à competência dos profissionais e à actualização das tecnologias utilizadas no diagnóstico e tratamento dos doentes.

Como notas finais, de realçar os bons resultados apresentados, globalmente, pelos hospitais universitários portugueses presentes na amostra, no cotejo com os seus congéneres espanhóis.Parecem ser, todavia, evidentes alguns problemas de organização e de funcionamento, designadamente quanto aos registos médicos, às durações de internamento e à ambulatorização cirúrgica, com consequências não negligenciáveis em matéria de receitas, de custos e de desperdícios.

LIMITAÇÕES

Deve ter-se em consideração que o próprio âmbito do trabalho delimita as dimensões de avaliação da performance dos hospitais, assim como dos indicadores incluídos no estudo. Assim, ao basear-se em dados objectivos de registo rotineiro por parte dos hospitais, não são tidos em conta aspectos de especial relevância no atendimento hospitalar, como a acessibilidade, a equidade ou a satisfação dos pacientes.

Por outro lado, este estudo apresenta as limitações próprias das fontes de dados utilizadas. A base de dados dos GDHs é uma fonte de registo rotineiro e sistemático em todos os hospitais dos dois países, mas, poderão existir enviesamentos no que diz respeito à exaustividade do registo/codificação dos episódios, assim como do nível de precisão dos dados clínicos recolhidos, que poderão influenciar de forma mais evidente os indicadores ajustados ao risco individual dos pacientes. Para minimizar estes efeitos, a IASIST realiza uma validação prévia dos dados.

Apesar destas limitações, a base de dados dos GDHs tem sido amplamente utilizada como principal fonte de informação pelas administrações de saúde para elaborar indicadores de desempenho hospitalar.

Pelo facto dos índices ajustados pelo risco individual dos pacientes – demora média, cirurgia de ambulatório, mortalidade, complicações e readmissões – serem obtidos através de modelos estatísticos, não são incluídos pacientes que, por exemplo, tenham sido transferidos para outros hospitais de agudos, em regime de cuidados domiciliários, com ausência de informação necessária para a aplicação do modelo ou com informação incorrecta. Assim sendo, o volume de pacientes incluídos nos modelos poderá não ser exactamente igual ao volume efectivo da actividade dos hospitais

RECOMENDAÇÕES

Com o presente estudo pretende-se abrir o caminho para estudos de *benchmarking* de carácter internacional. Nessa medida, importará sempre, em iniciativas similares futuras, ponderar bem as diferenças existentes entre os sistemas de saúde e, especificamente, entre a organização e o funcionamento dos hospitais em diferentes países.

No caso vertente são mais as semelhanças do que as diferenças e, desde logo, o conjunto dos hospitais seleccionados permite, à partida, homogeneizar as características das instituições objecto de comparação.

Para Portugal, e face aos resultados obtidos, apontamos como sugestões para a melhoria do desempenho dos hospitais, as seguintes acções:

I. Mobilizar a classe médica para um preenchimento mais exaustivo dos processos clínicos, para que, após a sua codificação, resulte um retrato mais fiel da complexidade e da severidade dos doentes. Importa destacar o papel que podem ter as faculdades de medicina na formação dos futuros médicos quanto à importância dos registos clínicos, sua clareza e exaustividade. A organização/informatização dos processos e dos arquivos clínicos, a formação em serviço e o papel insubstituível das chefias e direcções médicas, a par de uma intervenção persuasiva da Ordem dos Médicos, podem desempenhar aqui também um papel importante. É de assinalar o excelente desempenho de alguns hospitais portugueses neste domínio, sendo um *benchmark* a ser seguido pelos restantes hospitais.

II. O internamento hospitalar deve ser reduzido aos tempos mínimos clinicamente indispensáveis. Os internamentos com durações ou até admissões não justificadas, potenciam prejuízos para a saúde e bem-estar dos doentes e penalizam severamente a economia dos hospitais e a sua saúde financeira. Mais uma vez, a organização do trabalho médico, pondo o foco em procedimentos clinico-administrativos rigorosos, claros e uniformes, potencia a adequação de protocolos de admissão e alta, quer em função de critérios médicos, quer em função de critérios sociais e/ ou administrativos.

III. Do mesmo modo, a utilização da cama hospitalar como recurso indispensável na prática cirúrgica, está hoje posta em causa nos modelos hospitalares mais avançados. O desenvolvimento de modelos de organização para a cirurgia ambulatória, permite, em diversos procedimentos, substituir com benefícios para todos, a cirurgia com pernoita por cirurgia ambulatória, em mais de 90 % das intervenções. Recomendamos, por isso, que os diferentes hospitais envolvidos no estudo, analisem os seus diferentes procedimentos cirúrgicos, verifiquem como se compor-

tam os melhores hospitais neste domínio e promovam, internamente, as condições para que a cirurgia ambulatória possa, com múltiplas vantagens, substituir a prática convencional, nos casos com maior evidência.

IV. Importa, finalmente, destacar a qualidade global dos cuidados de Saúde prestados nos nossos hospitais universitários. Globalmente, os nossos hospitais conseguem apresentar indicadores melhores do que o que seria de esperar face ao risco dos doentes que tratam, nos três acontecimentos adversos que nos serviram de referência (a mortalidade, as complicações e as readmissões). Neste contexto, e face às variações encontradas, recomenda-se que se observem as unidades que apresentam os melhores resultados em cada procedimento, e se tentem replicar essas práticas em todos os hospitais.

GLOSSÁRIO

Cirurgia de Ambulatório: Intervenção cirúrgica, programada, com alta para domicílio e sem pernoita, ou seja, que não consome dias de internamento.
Complexidade: Expressa a quantidade e sofisticação de recursos necessária para tratar um determinado episódio, quer de internamento, quer de ambulatório.
Demora Média Bruta: Define-se como o quociente entre o número total de dias de internamento no hospital e o número total de episódios de internamento no hospital.
Gravidade/Severidade: Avalia o estado de saúde do doente face à probabilidade de ocorrência de eventos catastróficos como a morte ou a perda de funções de um órgão.
Grupo de Comparação: Grupo de hospitais em estudo, constituído por 22 hospitais de Espanha e 6 hospitais de Portugal.
Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH): Sistema de classificação de doentes concebido, sobretudo, para agrupar episódios de internamento em categorias homogéneas, que apresentam um consumo de recursos esperado similar, tendo em conta a duração do internamento.
Índice de Casemix: Valor agregado que traduz a diversidade e a complexidade dos episódios de internamento no hospital.
Índice de Cirurgia de Ambulatório Ajustado (ICAA): Reflecte a relação entre os episódios observados com procedimentos realizados em ambulatório e os episódios esperados com procedimentos ambulatórios, tendo em conta a complexidade da casuística e a gravidade/severidade de cada um dos episódios, segundo o modelo de ajustamento[18].
Índice de Complicações Ajustado pelo Risco (ICAR): Reflecte a relação entre os episódios observados com complicações e os episódios esperados com complicações, tendo em conta o risco individual da casuística e a gravidade/severidade de cada um dos episódios, com base em diversas características[19].

---

[18] Um ICAA igual a 1 indica que o número de cirurgias realizadas em ambulatório (observadas) não difere das esperadas. Um ICAA superior/inferior a 1 indica que o número de intervenções observadas é superior/inferior ao esperado, depois de ajustado simultaneamente a todas as características. Essa diferença, face a 1, pode ser expressa em forma de percentagem.

[19] Características dos pacientes tratados (idade e sexo); características do episódio de assistência (natureza da admissão – urgente/programado –, tipo de situação clínica – médica/cirúrgica –, destino após alta, risco de complicação associado ao diagnóstico principal, ao diagnóstico secundário, à comorbilidade/complicação e procedimento com risco superior; Características do hospital que trata (nível do hospital – universitário/não universitário –, tipo de hospital – público ou privado – e, localização – rural ou urbano).

Índice de Demora Média Ajustado (IDMA): Reflecte a relação entre a demora média observada e a demora média esperada, tendo em conta a complexidade da casuística e a gravidade/severidade de cada um dos episódios, com base em diversas características[20].

Índice de Mortalidade Ajustado pelo Risco (IMAR): Reflecte a relação entre a mortalidade observada e a mortalidade esperada, tendo em conta o risco individual e a gravidade/severidade de cada um dos episódios, com base em diversas características[21].

Índice de Readmissões Ajustado pelo Risco (IRAR): Reflecte a relação entre as readmissões observadas e as readmis-sões esperadas, tendo em conta o risco individual da casuística a gravidade/severidade de cada um dos episódios, com base em diversas características[22].

Peso Médio: Assemelha-se ao conceito de Índice de Casemix, com a diferença de não incorporar a conversão da produção em doentes equivalentes, uma vez que aquela conversão constitui um ajustamento para efeitos de financiamento. Reflecte, assim, a complexidade da casuística de internamento de cada hospital, tendo em conta os pesos dos GDHs (Portaria n.º 852/2009)[23].

Taxa bruta de Complicações: Define-se como o quociente entre o número total de episódios que apresentaram pelo menos uma complicação no hospital e o número total de episódios de internamento no hospital. A definição de complicação e as combinações dos respectivos códigos de Classificação Internacional de Doenças (CID-9-CM) surgem de um desenvolvimento próprio a partir de diversos artigos da literatura.

Taxa bruta de Mortalidade: Define-se como o quociente entre o número total de episódios que registaram falecimento no hospital e o número total de episódios de internamento no hospital. Por episódios de internamento no hospital, entendem-se aqueles episódios cujo tempo de internamento no hospital é de pelo menos um dia, com excepção dos casos de morte com zero dias de internamento, em que o mesmo é considerado como um episódio de internamento, tanto no numerador como no denominador.

Taxa bruta de Readmissões: Define-se como o quociente entre o número total de readmissões urgentes, relacionadas, no hospital, e o número total de episódios de internamento no hospital. Por readmissão urgente, relacionada, entende-se aquele episódio de internamento que se verifica num máximo de 30 dias após um episódio prévio, admitido de forma urgente e por via de uma circunstância relacionada com o episódio anterior. A relação com o episódio anterior é estabelecida mediante um algoritmo desenvolvido especificamente para esse efeito.

Taxa bruta de Substituição: Define-se como o quociente entre o número de episódios com procedimentos cirúrgicos realizados no hospital, em ambulatório, e o número de episódios com procedimentos cirúrgicos que, de acordo com o estado da arte, se podem realizar em ambulatório.

---

[20] Características dos pacientes tratados (idade e sexo); características do episódio de assistência (natureza da admissão – urgente/programado –, tipo de situação clínica – médica/cirúrgica –, destino após alta, demora média associada ao diagnóstico principal, ao diagnóstico secundário, à comorbilidade ou complicação com uma demora média superior, assim como a demora média associada ao procedimento com uma demora média superior; Características do hospital que trata (nível do hospital – universitário/não universitário –, tipo de hospital – público ou privado – e, localização – rural ou urbano).

[21] Características dos pacientes tratados (idade e sexo); características do episódio de assistência (natureza da admissão – urgente/programado –, tipo de situação clínica – médica/cirúrgica –, destino após alta, risco de morte associado ao diagnóstico principal, ao diagnóstico secundário, à comorbilidade/complicação e procedimento com risco superior; Características do hospital que trata (nível do hospital – universitário/não universitário –, tipo de hospital – público ou privado – e, localização – rural ou urbano).

[22] Características dos pacientes tratados (idade e sexo); características do episódio de assistência (natureza da admissão – urgente/programado –, tipo de situação clínica – médica/cirúrgica –, destino após alta, risco de readmissão associado ao diagnóstico principal, ao diagnóstico secundário, à comorbilidade/complicação e procedimento com risco superior; Características do hospital que trata (nível do hospital – universitário/não universitário –, tipo de hospital – público ou privado – e, localização – rural ou urbano).

[23] Se o peso médio for 0,75 significa que, em média, a gravidade/severidade do hospital está 25% abaixo daquela que dita o custo para um episódio com peso 1.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central dos Sistema de Saúde, IP. (2006). Sistema Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), informação de retorno (Versão electrónica). Acedido em 19 de Dezembro de 2011, em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_Activid/Rel_Nacional_06.pdf

Albi, E., Páramo, J.M., Casasnovas, L. (1997). Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos. Ariel Economía, Barcelona, Editorial Ariel.

Eroles, L.G., Illa, C., Arias, A. e Casas, M. (2001). Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev. Calidad Asistencial. 16: 107-116.

Iezzoni, L. et al (1994). Identifying complications of care using administrative data. 32: 700-715.

Jakab, M. et al (Julho de 2002). The introduction of market forces in the public hospital sector. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. The International Bank for Reconstruction and Development.

Milcent, C. (2005). Hospital Ownership, Reimbursement Systems and Mortality rates. Health Economics. 14: 1151-1168, Issue 11.

Ministério da Saúde (2012). Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde.

Abril de 2012

UBM Medica

I A S I S T PORTUGAL

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Com a colaboração:

NOVARTIS