



**MARIA DA GRAÇA
ALVES
TELO-GONÇALVES**

**PAGAMENTO AJUSTADO POR ÍNDICE DE CASE-MIX
EM UNIDADES DE CONVALESCENÇA**



**MARIA DA GRAÇA
ALVES
TELO-GONÇALVES**

**PAGAMENTO AJUSTADO POR ÍNDICE DE
CASE-MIX EM UNIDADES DE CONVALESCENÇA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Prof. Doutor José Ignácio Guinaldo Martin, Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu marido, às minhas filhas e aos meus pais,
pelo incansável apoio e compreensão.

o júri

presidente

Presidente: Professor Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rocha.
Professor Catedrático na Secção Autónoma de Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro

Arguente: Professora Doutora Maria Suzete dos Santos Gonçalves.
Professora Auxiliar do Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Orientador: Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martin.
Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

O presente trabalho visa contribuir para uma reflexão inovadora sobre o sistema de pagamento às Unidades de Convalescença da RNCCI. Durante a fase inicial, foi muito importante a possibilidade de colaborar com um grupo de doutorandos da Secção de Ciências da Saúde e da UNIFAI. Agradeço de forma especial, o empenho, a dedicação e o conhecimento disponibilizados pelo meu orientador Prof. Dr. Ignacio Martin.

Muito Obrigado.

palavras-chave

RUG-III, sistemas de pagamento, Unidades de Convalescença, cuidados pós-agudos; cuidados de convalescença; preços ajustados, case-mix

resumo

A criação de um novo nível intermédio de cuidados de saúde e sociais, através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), foi um contributo para uma resposta sustentada aos desafios colocados pelo envelhecimento demográfico da sociedade portuguesa. Porque no sector da saúde, as decisões tomadas sobre a quem pagar, o que pagar e quanto pagar, comportam riscos e incentivos que irão afectar o tipo e a quantidade de serviços oferecidos, o presente estudo analisa o modelo de pagamento de uma tipologia de internamento da RNCCI, a Unidade de Convalescença.

A opção por estas unidades deve-se ao seu papel intermédio entre os cuidados hospitalares e o domicílio dos utentes, por um lado, e ao facto de configurarem, dentro da Rede, o nível de maior custo e de maior diferenciação técnica.

O trabalho parte da criação de um cenário teórico de comparação de dois modelos de pagamento. Compara o actual modelo de pagamento às Unidades de Convalescença - modelo de preços fixos, com o modelo de pagamento do programa federal norte-americano Medicare às Skilled Nursing Facilities - modelo de preços ajustados por case-mix, a partir da classificação de doentes dos Resource Utilization Groups (RUG-III) e analisa as implicações sobre a receita das Unidades de Convalescença, devidas à introdução de um factor de ponderação por case-mix, no cálculo do preço da diária de cada utente.

Conclui-se que a aplicação de um modelo de pagamento ajustado por case-mix beneficia o preço das diárias dos grupos de utentes pertencentes às categorias mais elevadas do ponto de vista do consumo de recursos. Também se conclui que os utentes pertencentes às categorias de utentes menos consumidores de recursos vêem os pagamentos das suas diárias reduzidos em mais de 50%.

O estudo termina com uma reflexão sobre os estímulos que parecem estar subjacentes ao actual modelo de pagamento às Unidades de Convalescença, abordando as questões da transferência de custos e do prolongamento das demoras médias dos utentes.

Trata-se de uma reflexão que pretende contribuir para o aumento de eficiência da sua resposta e da sua articulação com o SNS.

keywords

RUG-III; payment models; Unidades de Convalescença; post-acute care; convalescent care; price adjustments; case-mix.

abstract

The creation of a new intermediate level of health care and social assistance through the Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) was a contribution to a sustained response to the challenges posed by an aging population in the Portuguese society. Because in the health sector, decisions about who to pay, what to pay and how much to pay, involve risks and incentives that will affect the type and quantity of services offered, this study analyzes the payment model of an inpatient institution called Unidade de Convalescença.

The choice of these units is due to its intermediate role between the hospital level and home users, on the one hand, and the fact that it configures, within the network, the level of higher cost and greater technique differentiation.

The work begins with the creation of a theoretical scenario that compares two payment models. The payment models compared are the payment model for Unidades de Convalescença – a fixed pricing model, and the payment model of the Medicare's American federal program for Skilled Nursing Facilities – a pricing model adjusted for case-mix, using a system known as Resource Utilization Groups (RUG-III). This study explores the implications on the revenue of the Unidades de Convalescença resulting from the introduction of a weighting factor for case-mix. It concludes that the application of a payment model adjusted for case-mix benefits the daily price of the user groups belonging to higher categories in terms of resource consumption. It also concludes that users of the classes of users consuming fewer resources have their daily payments reduced by more than 50%.

The study concludes with a discussion about the incentives that seem to underlie the current payment model for the Unidades de Convalescença, addressing the issues of cost shifting, and the increasing of average length of stay. This work aims to increase the efficiency of its response and its relationship with the NHS.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE ANEXOS

ÍNDICE DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	1
2.1. Cuidados de longa duração, cuidados continuados e cuidados integrados	1
2.2. Cuidados de convalescença e cuidados pós-agudos	3
3. Pagamento de cuidados de convalescença ou pós-agudos	4
3.1. Portugal - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	5
3.1.1. Tipo de estruturas. Definição	5
3.1.2. Filosofia do modelo de pagamento	5
3.2. Estados Unidos da América - Medicare	6
3.2.1. Tipo de estruturas. Definição	7
3.2.2. Filosofia do modelo de pagamento	9
3.2.2.1. Resource Utilization Groups	10
4. Objectivos	11
4.1. Objectivo geral	12
4.2. Objectivos específicos	12
5. Metodologia	12
5.1. Fontes de dados de referência	12
5.1.1. Portugal - Dados de referência	12
5.1.2. EUA - Dados de referência	13
5.2. Estratégia de análise de dados	14
5.2.1. Descrição dos cálculos	14
6. Resultados	15
6.1. Tabela de cálculos	15
6.2. Tabelas de resultados	19
6.3. Apresentação de resultados	22
7. Conclusões	22
8. Discussão	23
Bibliografia	26

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – <i>Resource Utilization Groups- III Classification, 5.12 Version</i> – 44 groups	30
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela B.1 - Encargos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com tipologias de internamento em 2009	4
Tabela C.1. – <i>Skilled Nursing Facilities</i> versus <i>Unidades de Convalescença</i>	8
Tabela E.1. - Preços das diárias na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Ano de 2010	13
Tabela E.2. - Tabela de valores para <i>Skilled Nursing Facilities</i> , FY 2010	14
Tabela F.1. - Cálculo da diária de <i>Unidades de Convalescença</i> ajustada por <i>case-mix</i>	16
Tabela F.2. - Categoria <i>Rehabilitation Plus Extensive Services</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	19
Tabela F.3. - Categoria <i>Rehabilitation</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	19
Tabela F.4. - Categoria <i>Extensive Services</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	20
Tabela F.5. - Categoria <i>Special Care</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	20
Tabela F.6. - Categoria <i>Clinically Complex</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	20
Tabela F.7. - Categoria <i>Impaired Cognition</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	21
Tabela F.8. - Categoria <i>Behaviour Problems</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	21
Tabela F.9. - Categoria <i>Reduced Physical Functions</i> : Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por <i>case-mix</i> versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – *Actividades da Vida Diária*

CMS – *Center for Medicare and Medicaid Services*

ECL - *Equipa Coordenadora Local*

ECR - *Equipa Coordenadora Regional*

EUA – *Estados Unidos da América*

FY – *Fiscal Year*

HHA - *Home Health Agencies*

IRF - *Inpatient Rehabilitation Facilities*

MDS – *Minimum Data Set*

PAC – *Post-Acute Care*

RAI - *Resident Assessment Instrument*

RUG-III – *Resource Utilization Groups, Versão III*

RNCCI – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*

UMCCI - *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*

SNF – *Skilled Nursing Facilities*

1. Introdução

O fenómeno do envelhecimento demográfico, com os desafios que lhes estão associados, veio evidenciar na maioria das sociedades que o estão a viver, algumas das fragilidades dos actuais sistemas de saúde e de segurança social (Kane e Kane, 2001).

A oportunidade que acompanha este desafio tem vindo a ser perspectivada como sendo o momento de reorganizar os sistemas de saúde e social, no sentido da coordenação das suas respostas e de uma abordagem integral das necessidades dos indivíduos (Rundall e Evashwick, 2005). A criação em Portugal da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, enquanto novo modelo de intervenção integrado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, tenta dar resposta a esse repto (Barros e Simões, 2007).

De entre os factores que determinam a integração de cuidados, a opção pelo modelo de financiamento pode influenciar a eficiência, a qualidade e a coordenação na prestação de cuidados de saúde (Dias e Queirós, 2010).

No sector da saúde, as decisões tomadas sobre a quem pagar, o que pagar e quanto pagar comportam riscos e incentivos que irão afectar o tipo e a quantidade de serviços oferecidos. É por essa razão que diferentes sistemas de pagamento podem conduzir a diferentes resultados, em termos de utilização de cuidados, da qualidade e do custo dos serviços prestados no sector da saúde e no cômputo total das despesas de saúde (Langenbrunner, J., *et al*, 2009).

2. Enquadramento teórico

2.1. Cuidados de longa duração, cuidados continuados e cuidados integrados

Os cuidados de longa duração foram definidos em 1986 pelo *American Institute of Medicine* como constituindo um conjunto variado de serviços de saúde e de apoio social prestado a indivíduos que necessitam de assistência de forma continuada, por razões de incapacidade física ou mental (Karlsson *et al*, 2004). A necessidade de cuidados continuados pode surgir em qualquer fase da vida, dependendo da causa da incapacidade, que pode resultar de um acidente de viação ou de uma condição congénita, mas a realidade demonstra que são os idosos a grande maioria dos beneficiários dos cuidados de longa duração (*idem*).

A estimativa de triplicação da população europeia com 80 e mais anos até ao ano 2050, segmento populacional que registará, assim, o maior nível de crescimento nas próximas décadas (EUROPEAN COMMISSION, 2006), terá um impacto particularmente forte nas despesas públicas com cuidados de longa duração, especialmente entre as gerações mais velhas (+80).

De acordo com o cenário projectado pela *Comissão Europeia*, nos estados europeus os gastos públicos com cuidados continuados duplicarão, passando de 1,2% do PIB em 2007 para 2,3% do PIB em 2060 (EC, 2009).

Os desafios à eficiência financeira e organizacional dos sistemas de saúde e de apoio social têm motivado os governos na busca de novas abordagens e respostas.

Uma análise internacional comparativa dos regimes de cuidados de longa duração em 5 países evidencia a pluralidade de combinações diferentes de serviços existentes nos vários países, resultantes de diferentes combinações de três dimensões principais a analisar: como os serviços são prestados (pela família, pelo sector público, pelo sector privado ou por combinações de vários prestadores), como são financiados (por seguros, financiamento público, seguro social, pelos utentes) e como se processa a avaliação das necessidades dos utentes (provedores, instituições financeiras ou órgãos independentes). (Karlsson *et al*, 2004)

Em Portugal foi criada em 2006 a *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI), que visa dar resposta às necessidades de cuidados de longa duração da população portuguesa, mas que não se esgota nessa finalidade.

O DL 101/2006, de 6 de Junho, que cria a RNCCI, define o conceito de cuidados continuados integrados como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A sua definição aglutina dois conceitos diferentes: cuidados continuados e cuidados integrados, o que, segundo as autoras do estudo “Integração e Continuidade de Cuidados”, elaborado no âmbito da preparação do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, se deve distinguir. Os cuidados continuados referem-se a “um nível na prestação de cuidados, que deve ser articulado com os restantes níveis.”

Já o objectivo da integração de cuidados é “garantir aos utentes, dependendo da sua situação concreta, acesso ao tipo e intensidade de cuidados que efectivamente necessitam, no tempo e lugar adequados. (...) [O que implica necessariamente] encontrar formas de integrar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, rever os padrões e os critérios de referenciação de doentes, integrar a informação dos utentes, definir quem envolver no plano de cuidados e até rever os perfis de competências do profissionais” (Dias & Queirós, 2010:5-6).

Destinando-se a pessoas com incapacidade de todas as idades, do total de 24.928 utentes referenciados à RNCCI no ano de 2009, 80,5% tinha 65 ou

mais anos. O grupo etário com idade superior a 80 anos representava 42% dos utentes (UMCCI, 2010a).

2.2. Cuidados de convalescença e cuidados pós-agudos

A RNCCI configura um novo nível intermédio de cuidados de saúde e sociais, que abrange diferentes níveis e serviços em regime de ambulatório e em regime de internamento, desde cuidados pós-agudos a cuidados de reabilitação e cuidados de longa duração (UMCCI, 2008).

O presente estudo debruça-se mais pormenorizadamente no segmento dos cuidados pós-agudos ou de convalescença pelas razões que adiante se explicitam.

A prestação de cuidados de convalescença em regime de internamento, no âmbito da RNCCI, é efectuada nas *Unidades de Convalescença*. Estas unidades destinam-se à prestação de tratamento e supervisão clínica continuada e cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar, para episódios de internamento com previsibilidade até 30 dias (DL n.º 101, 2006).

Da caracterização deste tipo de instituições ressaltam, como aspectos identificativos, a sua orientação para o restabelecimento de funções ou capacidades alteradas na sequência de processos patológicos anteriores, a sua utilização para a recuperação de situações agudas e o seu posicionamento como recurso intermédio entre a alta hospitalar e o domicílio (UMCCI, 2006).

O sistema federal de seguro de saúde norte-americano *Medicare* caracteriza os cuidados de convalescença (*Convalescent Care*) como o conjunto de serviços de saúde concebidos para apoiar a recuperação de afecções graves, cirurgias ou lesões. Na aceção deste programa federal, os serviços em causa podem consistir em serviços médicos, de enfermagem ou de reabilitação e podem ser prestados em diferentes cenários, como em *rehabilitation hospitals*, *skilled nursing facilities*, em centros de reabilitação ou em ambiente domiciliário (Medicare, 2010).

Na aceção norte-americana é ainda possível dividir este conjunto de serviços em duas categorias, como são os cuidados sub-agudos e cuidados pós-agudos. Os cuidados sub-agudos consistem nos cuidados prestados a doentes que tenham beneficiado de cuidados agudos e continuem a necessitar de cuidados médicos complexos e/ou de cuidados de reabilitação. Por sua vez, os cuidados pós-agudos consistem em serviços que apoiem os doentes na transição entre o hospital e o seu regresso ao domicílio e à comunidade (*idem*).

A importância do presente estudo de se debruçar sobre as unidades de convalescença resulta de três conjuntos de razões, associadas aos benefícios e aos resultados em saúde que este tipo de cuidados pode trazer aos indivíduos e aos sistemas de saúde.

A prestação de cuidados de convalescença é, como acima identificado, uma prestação orientada para a recuperação funcional dos doentes, desenhada para ter lugar após o tratamento dos episódios agudos que tenham originado a necessidade de cuidados. A possibilidade de usufruírem de cuidados de reabilitação numa instituição vocacionada para o efeito pode ser preditivo de melhores resultados, perante a alternativa à manutenção da sua hospitalização, onde, entre outros, estarão sujeitos ao maior risco de infecções.

A outra razão prende-se com o especial impacto que esta tipologia da RNCCI pode ter ao nível da eficiência do sistema de saúde português, pois a transferência de doentes que necessitam de cuidados de convalescença para ambientes destinados para o efeito, alivia a pressão sobre o internamento hospitalar de agudos, por um lado, e configura uma opção de cuidar menos onerosa para o sistema (Lopes, 2010; Gonçalves, 2010).

Finalmente, porque, ainda que os recursos movimentados ao nível dos cuidados de convalescença sejam inferiores aos dos hospitais de agudos, é a tipologia mais cara da RNCCI, conforme se pode constatar através da tabela B.1., elaborada a partir do relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI, em 2009 (UMCCI, 2010a).

Tabela B.1 - Encargos da RNCCI com tipologias de internamento em 2009⁽¹⁾

Tipologias de Internamento	Encargos de funcionamento 2009 (€)	Proporção dos encargos por tipologia	Camas contratadas em funcionamento até 31/12/2010	Proporção da oferta nas tipologias de internamento	Encargo anual/cama
UC	14.035.178,71	21,98%	625	15,87%	22.456,29
UMDR	24.125.159,42	37,79%	1253	31,82%	19.253,92
ULDM	23.649.566,73	37,04%	1942	49,31%	12.177,94
UCP	2.033.963,79	3,19%	118	3,00%	17.236,98
TOTAIS	63.843.868,65	100,00%	3938	100,00%	16.212,26

⁽¹⁾ UMCCI, 2010 - Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009

Da análise desta tabela ressalta que, não configurando os custos com *Unidades de Convalescença* a rubrica de maior despesa, quando cruzada a despesa com a capacidade instalada de internamento verifica-se que é a tipologia com o encargo anual por cama mais elevado.

3. Pagamento de cuidados de convalescença ou pós-agudos

A análise partirá da observação comparada do actual modelo de pagamento às *Unidades de Convalescença* da RNCCI e do modelo de pagamento às *Skilled*

Nursing Facilities (SNF), no âmbito do programa federal norte-americano *Medicare*.

3.1 Portugal - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

3.1.1. Tipo de estruturas. Definição

Para além das *Unidades de Convalescença*, a RNCCI integra ainda outras tipologias de instituições prestadoras de cuidados em regime de internamento (DL n.º 101, 2006). As *Unidades de Média Duração e Reabilitação*, destinam-se à prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, com uma previsibilidade de internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias; as *Unidades de Longa Duração e Manutenção*, destinadas à prestação de apoio social e de cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, em episódios de internamento previsivelmente superiores a 90 dias; e as *Unidades de Cuidados Paliativos*, que se destinam ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva.

3.1.2. Filosofia do modelo de pagamento

O modelo de pagamento às unidades de internamento da RNCCI exprime-se por duas características principais. A primeira consiste no facto de assentar na partilha de encargos entre o Ministério da Saúde, para os cuidados de saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, para os cuidados de apoio social. Não obstante, atendendo às características dos cuidados prestados nas *Unidades de Convalescença* e nas *Unidades de Cuidados Paliativos*, estes são integralmente suportados pelo Ministério da Saúde.

A outra principal característica reside no facto de se tratar de um modelo de pagamento compreensivo e prospectivo. É um modelo compreensivo pois assenta no pagamento às unidades de internamento e ambulatório da RNCCI de um pagamento fixo, que abrange todos os encargos decorrentes da prestação de cuidados; e é prospectivo, pois é estabelecido anualmente e aplica-se a todos os episódios que vierem a ter lugar no período temporal da sua vigência.

Foi a Portaria n.º 1087-A/2007 de 5 de Setembro que estabeleceu o modelo de pagamento às unidades de internamento e ambulatório da RNCCI, através da fixação de um valor de diária de internamento por utente, de acordo com a tipologia das instituições, a ser actualizado anualmente.

Neste diploma estabelece-se que os valores das diárias por ele fixadas compreendem todos os cuidados e serviços contratualizados, com excepção dos encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de

diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão, remetendo para diploma próprio a definição desses encargos.

Esta definição veio a ocorrer no ano seguinte, com a publicação da Portaria 189/2008 de 19 de Fevereiro, ao adicionar um novo valor à componente dos cuidados de saúde, destinado à comparticipação dos encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão.

Em 2010 o Despacho n.º 12082 de 20 de Julho veio adicionar ao preço fixo a pagar às *Unidades de Longa Duração e Manutenção*, um valor fixo por dia por utente, a ser suportado pela segurança social, destinado a compensar os encargos decorrentes da utilização de fraldas pelos doentes internados nesta tipologia.

3.2. Estados Unidos da América - Medicare

O *Medicare* é o programa federal de seguro de saúde destinado às pessoas maiores de 65 anos, que abrange ainda pessoas de qualquer idade quando portadoras de determinadas condições de saúde (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2008a).

Foi criado em 1965 como parte da *Social Security Act*, com dois grandes objectivos, designadamente, assegurar o acesso aos cuidados de saúde e promover a protecção financeira dos seus beneficiários. Às suas duas componentes principais, a *Part A* e a *Part B*, acresceram posteriormente as partes C e D.

A *Part A* corresponde a um seguro hospitalar que proporciona a comparticipação dos cuidados prestados em hospitais, e em algumas instituições de cuidados pós-agudos; a *Part B* abrange os serviços profissionais médicos e uma variedade de serviços de ambulatório, incluindo os de imagiologia e de análises clínicas.

Administrado pela agência federal *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS), o *Medicare* abrange actualmente mais de 40 milhões de beneficiários. A complexidade e extensão do programa, bem como os custos crescentes afectos à sua manutenção, levaram o CMS a testar e a implementar ao longo dos últimos anos métodos mais eficientes de gestão.

De acordo com dados publicados pelo CMS, os custos por segurado do *Medicare* cresceram entre 1969 e 2003 a uma taxa inferior à verificada em igual período no sector privado de seguros de saúde (Davis e Collins, 2005). Segundo estes autores, o sucesso relativo do *Medicare* no controle da despesa deve-se, em parte, à estrutura dos seus sistemas de pagamento e controlo.

Dos serviços abrangidos pelo *Medicare*, a categoria que registou o maior aumento de despesa foi a dos *Post-Acute Care* (PAC). Entre 1988 e 1997 os custos dos cuidados pós-agudos cresceram a uma média anual de 25% (Buntin

et al, 2005). Este aumento esteve na génese da criação de novos modelos de pagamento às instituições fornecedoras de cuidados pós-agudos, até então de base retrospectiva, passando vigorar a partir de 1998 um novo modelo de pagamento prospectivo.

A implementação do sistema de pagamento prospectivo (*Prospective Payment System*) visou introduzir incentivos à eficiência, ao transferir para os prestadores o ónus da redução do desperdício. No entanto, corria-se o risco de poder induzir também comportamentos indesejados por parte dos prestadores, designadamente, pela limitação do acesso aos cuidados de saúde.

Em 2005 a organização RANDHealth promoveu um estudo destinado a avaliar os efeitos das alterações de pagamento das unidades de cuidados pós-agudos sobre a acessibilidade dos doentes à prestação de cuidados (Buntin *et al*, 2005). Em particular, o estudo visou avaliar os efeitos sobre os doentes com patologias mais severas, ou seja, mais consumidoras de recursos. Os resultados do estudo demonstraram que as alterações nos modelos de pagamento não pareceram ter afectado de forma diferente os doentes com patologias mais severas face aos restantes doentes. Uma explicação avançada para este resultado residiu no facto dos novos sistemas de pagamento prospectivo serem ajustados por índices de *case-mix*.

Justifica-se a opção metodológica de recurso ao *Medicare* no âmbito do presente trabalho, pelo facto de conter mais de uma década de experiência sobre uma vasta população de organizações, na aplicação de modelos de pagamento prospectivos, ajustados por índices da *case-mix*, a instituições de cuidados pós-agudos.

3. 2.1 Tipo de estruturas. Definição

Os cuidados pós-hospitalares ou pós-agudos abrangidos pelo *Medicare* ao abrigo da *Part A* podem ser fornecidos por vários tipos de instituições, entre as quais se destacam as: *Skilled Nursing Facilities* (SNFs), *Home Health Agencies* (HHAs), e *Inpatient Rehabilitation Facilities* (IRFs) (Buntin *et al*, 2005).

Tratam-se de instituições que se diferenciam entre si pelo nível de cuidados prestados. As HHAs fornecem cuidados de enfermagem, de reabilitação e assistência em regime domiciliário; as IRFs e as SNF fornecem cuidados em regime de internamento. Destas, uma IRF fornece cuidados intensivos de reabilitação, com 3 ou mais horas diárias de terapia; já uma SNF fornece cuidados de enfermagem especializada e também de reabilitação, não sendo, no entanto, os cuidados de reabilitação geralmente tão intensivos quanto os prestados em IRFs (*idem*).

O presente estudo debruça-se sobre as SNF, pelas semelhanças destas com as UC da RNCCI, conforme evidenciado através da Tabela C.1 – *Skilled Nursing Facilities* versus *Unidades de Convalescença*.

Tabela C.1. – *Skilled Nursing Facilities versus Unidades de Convalescença*

	Skilled Nursing Facility (SNF)	Unidade de Convalescença (U. C.)
Definição	<p>(a) É uma instituição ou uma parte distinta numa instituição, que tenha um acordo de transferência com um ou mais hospitais participantes [no Medicare] e que:</p> <p>tenha como principal compromisso o fornecimento de cuidados especializados de enfermagem e serviços relacionados a utentes que necessitem de cuidados médicos e de enfermagem;</p> <p>ou serviços de reabilitação para a reabilitação de pessoas feridas, incapacitadas ou doentes (...)</p> <p>(b) O internamento neste tipo de instituição tem de ocorrer obrigatoriamente no período de até 30 dias após episódio de internamento hospitalar com duração mínima de 3 dias</p>	<p>(c) Uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para</p> <p>prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e</p> <p>para cuidados clínicos de reabilitação</p> <p>na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.</p>
Tipologia de cuidados	<p>(d) Serviços médicos</p> <p>Cuidados de enfermagem prestados directamente ou sob a supervisão de enfermeiros especializados (7 dias/semana)</p> <p>Serviço de diagnóstico ou terapêutica fornecidos por hospital com o qual a SNF tenha acordo</p> <p>Prescrição e administração de fármacos</p> <p>Cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e/ou terapia da fala (minim. 5 dias/semana)</p> <p>Serviços médico-sociais</p> <p>Cuidados de hotelaria relacionados com o internamento</p> <p>Outros serviços necessários à saúde dos utentes</p>	<p>(e) Cuidados médicos permanentes;</p> <p>Cuidados de enfermagem permanentes;</p> <p>Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;</p> <p>Prescrição e administração de fármacos;</p> <p>Cuidados de fisioterapia;</p> <p>Apoio psicossocial;</p> <p>Higiene, conforto e alimentação;</p> <p>Convívio e lazer</p>

(a) Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement, CMS Pub 2009, Chapter 5, n.30

(b) Medicare Regulations, CMS Pub 2003, 42 C.F.R. §409.30 Basic Requirements

(c) DL n.º 101/2006, de 6 de Junho, art.13.º, n.º 1

(d) Medicare Benefit Policy Manual, CMS Pub. 2008, 100-02, Chapter 8 - Coverage of Extended Care (SNF) Services Under Hospital Insurance, §10 - Requirements-General

(e) DL n.º 101/2006, de 6 de Junho, art.14.º

Da análise comparativa da tabela anterior ressalta a similitude de ambas as instituições quanto à sua identidade e quanto à tipologia dos cuidados prestados. A esta semelhança acrescentam outras duas características determinantes: uma, quanto ao processo de referenciação hospitalar, outra quanto ao tempo de internamento médio nas instituições em comparação.

Na primeira situação, a necessidade de cuidados pós-hospitalares em SNF tem de ser atestada por um médico na sequência de episódio de internamento hospitalar com duração mínima de 3 dias de internamento; no âmbito da RNCCI, a admissão nas unidades de convalescença é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar (DL n.º 101, 2006).

Na segunda situação, a unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. Quanto às SNF, um estudo encomendado pelo CMS constatou que em 2001 a demora média de internamento nas SNF se situava nos 24,3 dias (Liu *et al*, 2007).

A opção metodológica pelas SNF justifica-se, portanto, pelas semelhanças identificadas entre este tipo de instituição e as *Unidades de Convalescença* da RNCCI, quanto à sua configuração ou definição (i); quanto à tipologia de cuidados prestados (ii); quanto ao processo de referenciação hospitalar (iii); e quanto ao tempo médio previsível de internamento (iv).

3.2.2. Filosofia do modelo de pagamento

Desde 1998, após a publicação do *Balanced Budget Act*, que o *Medicare* paga às SNF por um sistema de pagamento prospectivo ajustado pelo *case-mix*, um valor correspondente a uma diária de internamento.

Este pagamento cobre todos os custos de fornecimento dos serviços cobertos, designadamente, custos de exploração, custos acessórios e custos de investimento, com excepção dos custos associados a actividades formativas aprovadas (Federal Register, 2009). Trata-se, portanto, de um modelo de preço compreensivo para o conjunto dos serviços abrangidos.

Para além do índice de *case-mix* dos utentes, o valor da diária federal a pagar às SNF incorpora ainda ajustes anuais em função da variação de um índice de cesto de compras das SNF, criado para o efeito, do status urbano ou rural das instituições, e da variação geográfica dos salários dos hospitais de referência (Federal Register, 2009).

O ajustamento da diária federal em função do índice de *case-mix* dos utentes das SNF é realizado através do método *Resource Utilization Groups* (RUG-III), obrigatoriamente aos 5.º, 14.º, 30.º, 60.º e 90.º dias de internamento. Este método utiliza a informação recolhida pelas SNF através do instrumento de avaliação clínica e funcional de doentes do *Resident Assessment Instrument* (RAI), *Minimum Data Set* (MDS).

A medição do *case-mix* pode ajudar na garantia da qualidade dos cuidados prestados aos utentes de uma instituição de cuidados de saúde, ao proporcionar informação de avaliação dos doentes, pela organização dessa informação e potencialmente por fornecer ajustamentos pelo risco para avaliações de resultados. Para Fries, a variedade de recursos utilizados constatada nas instituições americanas justifica bem a adequação de incorporar *case-mix* nos sistemas de pagamento (Fries *et al*, 1995).

3.2.2.1. Resource Utilization Groups (RUG-III)

Tomando como base versões anteriores de RUG's, o RUG-III foi criado em 1994 por Fries *et al*. a partir de uma amostra de 7.658 doentes.

Os *Resource Utilization Groups* correspondem a grupos de doentes definidos por determinadas características, que explicam a utilização dos recursos que lhes estão associados (Fries *et al*, 1995).

Para cada grupo RUG é determinado um índice de *Case-Mix*. Ele representa a média dos recursos utilizados pelos utentes nesse grupo, relativamente aos outros grupos.

Este modelo constitui um sistema de classificação hierárquico de doentes, com uma estrutura inicial de 7 grandes categorias, compreendendo 44 grupos. Alterações posteriores alargaram o sistema de classificação, que passou a integrar 53 grupos (Liu *et al*, 2007).

As 7 grandes categorias do RUG-III 44 são as seguintes: *Special Rehabilitation*, *Extensive Care*, *Special Care*, *Clinically Complex*, *Cognitively Impaired*, *Behavior Problems* e *Reduced Physical Functions*. (Anexo I)

No topo da hierarquia encontra-se a categoria *Special Rehabilitation* com 14 grupos, distribuídos por 5 níveis de serviços de reabilitação ou sub-categorias, consoante a intensidade da reabilitação proporcionada. O modelo inicial de Fries compreendia apenas 4 sub-categorias, mas a sua utilização pelo *Medicare* no âmbito do pagamento prospectivo às SNF levou à introdução de uma quinta sub-categoria (*low*, *medium*, *high*, *very high* + *ultra high*).

Nesta categoria, a diferenciação dos utentes segundo a intensidade da reabilitação proporcionada, visou a criação de incentivos ao aumento da prestação de cuidados de reabilitação (Fries *et al*, 1994: 674).

Em cada uma das sub-categorias, a distribuição dos utentes pelos vários grupos depende do nível de limitações que tenham apresentado na execução de determinadas Actividades da Vida Diária (AVD).

A categoria *Extensive Services* abrange utentes com condições clínicas mais onerosas por necessitarem de procedimentos auxiliares mais específicos, como seja, medicação IV (medicação intra-venosa), alimentação parentérica, ventilação, aspiração de secreções ou utentes traqueostomizados.

Dependendo do tipo de procedimentos exigidos, os doentes desta categoria são classificados num de três grupos.

As categorias *Special Care* e *Clinically Complex* abrangem utentes com diagnósticos clínicos exigentes de cuidados de saúde específicos, que são depois classificados consoante as AVD executadas. Ainda na categoria *Clinically Complex* aplica-se uma subsequente divisão que tem em conta a presença ou não de sinais ou sintomas de depressão.

As categorias *Impaired Cognition* e *Behavior Problems* abrangem utentes que apresentem, respectivamente, e em primeira linha, problemas ao nível da memória imediata, de orientação e de autonomia e utentes que apresentem problemas de comportamento, como abuso verbal ou físico. Os utentes classificados nestas duas categorias são depois distribuídos entre quatro grupos consoante o nível de limitações que apresentem em AVD, primeiro, e depois consoante lhes são ou não ministrados cuidados de enfermagem de reabilitação.

A categoria *Reduced Physical Functions* abrange os utentes que não reúnam condições para serem classificados em nenhuma das outras categorias ou os que, reunindo as condições clínicas para serem incluídos nas duas categorias imediatamente superiores, apresentam maiores limitações em AVD.

Quando o utente tem indicações para mais de um grupo, é sempre classificado no grupo com o índice de *case-mix* mais elevado.

Uma das principais críticas apresentadas ao modelo de 44 grupos consistiu no facto deste não contemplar devidamente os utentes que incorressem simultaneamente em custos elevados de reabilitação e em custos elevados com procedimentos específicos a realizar na categoria *Extensive Services*. (White *et al*, 2002)

Em resposta a esta crítica surgiu a versão de 53 grupos do modelo RUG-III, que adiciona ao topo da hierarquia do modelo de 44 grupos uma nova categoria de reabilitação, composta por nove grupos; designada *Rehabilitation Plus Extensive Services*. Esta abrange utentes que cumpram cumulativamente 3 condições: critérios para *Rehabilitation*, critérios para *Extensive Services* e determinadas limitações na execução de AVD's (CMS, 2005).

4. Objectivos

O presente estudo visa o sistema de pagamento das *Unidades de Convalescença*. Pretende-se, através de uma reflexão comparativa de modelos de pagamento, contribuir para uma clarificação do tipo de estímulos às instituições que podem estar associados aos modelos de pagamento.

4.1. Objectivo Geral

O objectivo geral do estudo consiste na criação de um cenário teórico de comparação de dois sistemas de pagamento a Unidades de Convalescença - o sistema de preço fixo actualmente em vigor para aquelas unidades e um sistema de preços ajustados por *case-mix*, a partir do modelo RUG-III, com vista a analisar as implicações sobre a receita das UC, devidas à introdução de um factor de ponderação por *case-mix*, no cálculo do preço da diária de cada utente.

4.2. Objectivos Específicos

Os objectivos específicos deste trabalho são:

1. Criar um cenário de distribuição de utentes de Unidades de Convalescença por RUG's;
2. Calcular uma tabela de preços ajustados por índice de *case-mix*, através do modelo RUG-III, para Unidades de Convalescença;
3. Aplicar de forma comparada, sobre o cenário de utentes de UC construído, a tabela de preços por RUG e o preço fixo do modelo actualmente em vigor para as UC;
3. Identificar, por grupos de utentes, em função do RUG que lhes foi atribuído, os utentes que se vêem beneficiados ao nível de pagamento pelo modelo de preços ajustados, comparativamente com o modelo de pagamento de preço fixo;

5. Metodologia

O presente estudo foi elaborado a partir de fontes de dados secundárias em virtude de não terem sido recolhidas directamente pela autora. O recurso a fontes de dados secundárias oferece enormes vantagens para projectos de investigação em que o processo de recolha de dados primários não está ao alcance dos investigadores, para além de possibilitar o acesso a uma maior amplitude de dados disponíveis (Boslaugh, 2007).

5.1 Fontes de dados de referência

5.1.1 Portugal – Dados de referência

A análise do modelo de pagamento às Unidades de Convalescença parte dos valores legalmente estabelecidos para diárias das tipologias de internamento da RNCCI para o ano de 2010, conforme sintetizado na tabela E.1. As componentes integrantes do preço por tipologia foram explicadas no capítulo 3.1.2.

Tabela E.1. - Preços das diárias na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Ano de 2010

Valores diários fixados pela Portaria n.º 326/2010 de 16 de Junho para 2010 (anexos II e III da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, na redacção dada pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro)					Desp. nº 12082/2010, de 27 Julho	
Tipologia da Unidade	Encargos com os cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com os cuidados de apoio social (utente/dia)	Valor diário total (utente/dia)	Encargos decorrentes da utilização de fraldas	Valor diário total (utente/dia)
Diárias de internamento por utente						
Unidades de Convalescença	89,39 €	15,00 €	-	104,39 €		
Unidades de Cuidados Paliativos	89,39 €	15,00 €	-	104,39 €		
Unidades de Média Duração /Reabilitação	55,09 €	12,00 €	19,58 €	86,67 €		
Unidades de Longa Duração /Manutenção	18,39 €	10,00 €	29,98 €	58,37 €	1,23 €	59,60 €

5.1.2. EUA – Dados de referência

Para a prossecução dos objectivos enunciados recorreu-se a duas fontes de dados governamentais norte-americanos relevantes para este estudo.

Os valores estabelecidos por diária para o ano de 2010, ajustados por RUG, indicados na Tabela E.2., são os constantes do documento federal *Federal Register, Medicare Program; Prospective Payment System and Consolidated Billing for Skilled Nursing Facilities for FY 2010; Minimum Data Set, Version 3.0 for Skilled Nursing Facilities and Medicaid Nursing Facilities; Final Rule*, que estabelece os preços a vigorar para o FY (Fiscal Year) 2010 (CMS, 2009).

No sítio do *Centers for Medicare & Medicaid Services* recolheu-se o documento *National RUG III Medicare Frequencies. Second Quarter 2010*, que compila a totalidade de RUG's apresentados pelas SNF para financiamento ao abrigo do Medicare, no 2.º trimestre de 2010 (CMS, 2010b).

Para facilitar a operacionalização dos dados, recolheu-se, para cada RUG, 10% do valor constante daquela fonte de dados, num total de 159.076 episódios de internamento distribuídos por RUG's.

Tabela E.2. - Tabela de valores para Skilled Nursing Facilities, FY 2010

RUG-III-53 Case-Mix Adjusted Urban Federal (\$ U.S.)⁽¹⁾

RUG's	Valor diário total (utente/dia)	RUG's	Valor diário total (utente/dia)
RUX	\$617,07		(cont.)
RUL	\$545,66	SSB	\$257,61
RVX	\$467,62	SSA	\$252,95
RVL	\$436,58	CC2	\$270,03
RHX	\$395,59	CC1	\$248,30
RHL	\$386,27	CB2	\$235,88
RMX	\$448,67	CB1	\$225,01
RML	\$412,97	CA2	\$223,46
RLX	\$318,88	CA1	\$211,04
RUC	\$528,59	IB2	\$201,73
RUB	\$485,12	IB1	\$198,62
RUA	\$463,39	IA2	\$183,10
RVC	\$421,05	IA1	\$176,89
RVB	\$400,87	BB2	\$200,18
RVA	\$363,62	BB1	\$195,52
RHC	\$364,54	BA2	\$181,55
RHB	\$349,02	BA1	\$169,13
RHA	\$325,73	PE2	\$217,25
RMC	\$335,36	PE1	\$214,15
RMB	\$326,04	PD2	\$206,39
RMA	\$319,83	PD1	\$203,28
RLB	\$294,04	PC2	\$197,07
RLA	\$252,13	PC1	\$195,52
SE3	\$361,62	PB2	\$175,34
SE2	\$308,84	PB1	\$172,24
SE1	\$276,24	PA2	\$170,68
SSC	\$271,58	PA1	\$166,03

(1) Adaptado a partir de Federal Register/ Vol.74, N.º 153, 2009/ Rules and Regulations

5.2. Estratégia de análise de dados

5.2.1 Descrição dos cálculos

O método de cálculo do valor das diárias de internamento das *Unidades de Convalescença* ajustadas por *case-mix* é o que se descreve nos passos seguintes:

1.º: A partir dos montantes financeiros correspondentes à diária de cada RUG, conforme consta na tabela de pagamentos às SNF, calcula-se o montante financeiro global do conjunto de pedidos de financiamento de SNF que corresponde ao número de episódios. O cálculo é efectuado pela conversão do

número de pedidos de financiamento em dias, que, neste estudo, se procedeu assumindo que todos os pedidos de financiamento correspondem a episódios de 21 dias de internamento. A opção pelos 21 dias deve-se ao facto de corresponder ao período de participação a 100%, pelo programa *Medicare* à SNF, por um lado, e por estar contido no limite temporal previsto para as durações médias de internamento nas *Unidades de Convalescença* (até 30 dias). Para além de se aplicar sobre os valores totais em estudo, este cálculo efectua-se para cada RUG e para cada categoria de RUG's.

2.º Obtidos os valores dos montantes financeiros de cada RUG e das respectivas categorias, calcula-se a proporção de cada um destes sobre o montante financeiro total em estudo. Este passo fornece-nos o peso relativo de cada RUG e de cada categoria de RUG's, de acordo com a sua complexidade e consumo de recursos associado, conforme resulta da composição do modelo de pagamento RUG-III.

3.º Obtidas as ponderações dos RUG's, o passo seguinte consiste em aplicar estas ponderações ao valor da diária das Unidades de Convalescença, para se obterem os valores das diárias ajustadas por *case-mix*. Assim, a partir dos montantes financeiros correspondentes à diária das Unidades de Convalescença, vigente para o ano de 2010, calcula-se o montante financeiro global do conjunto de pedidos de financiamento que corresponde ao número de episódios em estudo, o que é efectuado pela conversão do número da amostra em dias. Uma vez mais, neste momento se assumiu que todos os pedidos de financiamento correspondem a episódios de 21 dias de internamento.

4.º Sobre o valor obtido na operação anterior, que corresponderá ao montante financeiro global em que importaria o conjunto de pedidos de financiamento, aplicam-se as ponderações de cada RUG obtidas no passo 2.º, para se obter o volume financeiro proporcional de cada conjunto de pedidos sobre o total do volume financeiro envolvido.

5.º Finalmente, calculam-se os valores das diárias ajustadas por *case-mix* para cada RUG e categoria RUG, dividindo o valor do volume financeiro obtido para cada conjunto de pedidos pelo número total de dias desse conjunto de pedidos.

6. Resultados

6. 1. Tabela de cálculos

Os procedimentos descritos no ponto anterior explicam os cálculos subjacentes à elaboração da tabela de cálculo F.1.

Esta tabela apresenta a base de cálculo do financiamento de Unidades de Convalescença sobre um determinado volume de dias de internamento, ajustado por índice de *case-mix*, de acordo com os pesos relativos subjacentes ao modelo RUG-III, na versão de 53 grupos.

Tabela F.1. - Cálculo da diária de Unidades de Convalescença ajustada por case-mix

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Grupo do RUG	N.º episódios	N.º total de dias (utente x 21)	% RUG no total de episódios	Rate RUG (U.S. \$) FY2010	Valor total por RUG (rate x n.º dias)	% item: V. financ. item/Valor total	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diária RNCCI x n.º dias (utente x 21)	Proporção item RUG/ valor total PT	Valor unit. Item: Valor total item/n.º dias
					(4) x (2)			(7) x (2)		(9)/ (2)
RUX	10.917	229.257	6,86%	617,07	141.467.616,99	9,63%	104,39 €	23.932.138,23 €	33.575.213,95 €	146,45 €
RVX	6.484	136.166	4,08%	467,62	63.673.991,68	4,33%	104,39 €	14.214.379,18 €	15.112.065,50 €	110,98 €
RHX										
RMX	14.143	296.993	8,89%	448,67	133.251.624,98	9,07%	104,39 €	31.003.047,08 €	31.625.271,66 €	106,49 €
RLX	38	788	0,02%	318,88	251.118,00	0,02%	104,39 €	82.207,13 €	59.599,09 €	75,68 €
RUL	17.262	362.506	10,85%	545,66	197.805.133,09	13,46%	104,39 €	37.842.022,22 €	46.946.077,17 €	129,50 €
RVL	9.944	208.826	6,25%	436,58	91.169.298,74	6,20%	104,39 €	21.799.356,58 €	21.637.663,63 €	103,62 €
RHL										
RML	10.218	214.582	6,42%	412,97	88.616.011,13	6,03%	104,39 €	22.400.235,86 €	21.031.679,17 €	98,01 €
Tot. Reh+ES	69.006	1.449.118	43,38%		716.234.794,61	48,75%	104,39 €	151.273.386,26 €	169.987.570,16 €	117,30 €
RUC	7.983	167.637	5,02%	528,59	88.611.083,25	6,03%	104,39 €	17.499.595,11 €	21.030.509,61 €	125,45 €
RUB	18.668	392.028	11,74%	485,12	190.180.623,36	12,94%	104,39 €	40.923.802,92 €	45.136.514,31 €	115,14 €
RUA	5.442	114.288	3,42%	463,39	52.960.055,34	3,60%	104,39 €	11.930.555,64 €	12.569.273,64 €	109,98 €
RVC	4.846	101.756	3,05%	421,05	42.844.153,28	2,92%	104,39 €	10.622.256,65 €	10.168.416,23 €	99,93 €
RVB	12.471	261.881	7,84%	400,87	104.980.036,04	7,14%	104,39 €	27.337.705,40 €	24.915.434,68 €	95,14 €
RVA	4.600	96.604	2,89%	363,62	35.127.219,20	2,39%	104,39 €	10.084.512,44 €	8.336.917,84 €	86,30 €
RHC	7.227	151.763	4,54%	364,54	55.323.611,11	3,77%	104,39 €	15.842.518,69 €	13.130.228,10 €	86,52 €
RHB	3.707	77.849	2,33%	349,02	27.170.892,88	1,85%	104,39 €	8.126.667,55 €	6.448.603,30 €	82,83 €
RHA	2.761	57.983	1,74%	325,73	18.886.835,16	1,29%	104,39 €	6.052.855,81 €	4.482.506,63 €	77,31 €
RMC	2.672	56.116	1,68%	335,36	18.819.128,83	1,28%	104,39 €	5.857.970,12 €	4.466.437,55 €	79,59 €
RMB	2.800	58.802	1,76%	326,04	19.171.836,68	1,30%	104,39 €	6.138.351,22 €	4.550.147,46 €	77,38 €
RMA	1.461	30.681	0,92%	319,83	9.812.704,23	0,67%	104,39 €	3.202.789,59 €	2.328.897,96 €	75,91 €
RLB	90	1.886	0,06%	294,04	554.500,63	0,04%	104,39 €	196.858,66 €	131.602,40 €	69,79 €
RLA	67	1.407	0,04%	252,13	354.746,91	0,02%	104,39 €	146.876,73 €	84.193,85 €	59,84 €
Tot. Rehab	74.794	1.570.680	47,02%		664.797.426,91	45,24%	104,39 €	163.963.316,52 €	157.779.683,56 €	100,45 €
SE3	2.239	47.019	1,41%	361,62	17.003.010,78	1,16%	104,39 €	4.908.313,41 €	4.035.409,21 €	85,83 €
SE2	4.239	89.011	2,66%	308,84	27.490.033,70	1,87%	104,39 €	9.291.816,53 €	6.524.346,58 €	73,30 €
SE1	220	4.616	0,14%	276,24	1.275.068,59	0,09%	104,39 €	481.843,36 €	302.618,38 €	65,56 €
Tot. Ext. Serv.	6.697	140.645	4,21%		45.768.113,08	3,11%	104,39 €	14.681.973,31 €	10.862.374,17 €	77,23 €
SSC	1.031	21.655	0,65%	271,58	5.881.119,22	0,40%	104,39 €	2.260.586,33 €	1.395.795,31 €	64,46 €
SSB	856	17.976	0,54%	257,61	4.630.797,36	0,32%	104,39 €	1.876.514,64 €	1.099.050,20 €	61,14 €
SSA	1.680	35.284	1,06%	252,95	8.925.138,39	0,61%	104,39 €	3.683.317,64 €	2.118.247,54 €	60,03 €
Tot. Sp. Care	3.567	74.915	2,24%		19.437.054,97	1,32%	104,39 €	7.820.418,61 €	4.613.093,04 €	61,58 €

(continua)

Tabela F.1. - Cálculo das diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por case-mix (cont.)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Grupo do RUG	N.º episódios	N.º total de dias (utente x 21)	% RUG no total de episódios	Rate RUG (U.S. \$) FY2010	Valor total por RUG (rate x n.º dias)	% item: V. financ. item/Valor total	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diária RNCCI x n.º dias (utente x 21)	Proporção item RUG/ valor total PT	Valor unit. item: Valor total item/n.º dias
					(4) x (2)			(7) x (2)		(9)/ (2)
CC2	208	4.362	0,13%	270,03	1.177.789,85	0,08%	104,39 €	455.317,86 €	279.530,73 €	64,09 €
CB2	397	8.327	0,25%	235,88	1.964.054,82	0,13%	104,39 €	869.203,34 €	466.138,91 €	55,98 €
CA2	326	6.844	0,20%	223,46	1.529.337,89	0,10%	104,39 €	714.434,72 €	362.965,38 €	53,03 €
CC1	563	11.825	0,35%	248,3	2.936.172,33	0,20%	104,39 €	1.234.422,19 €	696.856,40 €	58,93 €
CB1	1.138	23.906	0,72%	225,01	5.379.179,06	0,37%	104,39 €	2.495.589,10 €	1.276.667,35 €	53,40 €
CA1	955	20.063	0,60%	211,04	4.234.179,94	0,29%	104,39 €	2.094.418,33 €	1.004.919,01 €	50,09 €
Tot. Clin. Comp.	3.587	75.327	2,25%		17.220.713,90	1,17%	104,39 €	7.863.385,53 €	4.087.077,78 €	54,26 €
IB2	16	336	0,01%	201,73	67.781,28	0,00%	104,39 €	35.075,04 €	16.086,87 €	47,88 €
IA2	7	155	0,00%	183,1	28.453,74	0,00%	104,39 €	16.222,21 €	6.753,07 €	43,46 €
IB1	158	3.322	0,10%	198,62	659.855,36	0,04%	104,39 €	346.804,46 €	156.606,76 €	47,14 €
IA1	121	2.545	0,08%	176,89	450.220,43	0,03%	104,39 €	265.693,43 €	106.853,06 €	41,98 €
Tot. Imp. Cog.	303	6.359	0,19%		1.206.310,81	0,08%	104,39 €	663.795,13 €	286.299,75 €	45,02 €
BB2	1	11	0,00%	200,18	2.101,89	0,00%	104,39 €	1.096,10 €	498,85 €	47,51 €
BA2	1	21	0,00%	181,55	3.812,55	0,00%	104,39 €	2.192,19 €	904,85 €	43,09 €
BB1	13	269	0,01%	195,52	52.555,78	0,00%	104,39 €	28.060,03 €	12.473,32 €	46,40 €
BA1	25	529	0,02%	169,13	89.503,60	0,01%	104,39 €	55.243,19 €	21.242,33 €	40,14 €
Total Beh. Prob.	40	830	0,02%		147.973,81	0,01%	104,39 €	86.591,51 €	35.119,36 €	42,34 €
PE2	31	653	0,02%	217,25	141.885,98	0,01%	104,39 €	68.177,11 €	33.674,50 €	51,56 €
PD2	63	1.313	0,04%	206,39	270.886,88	0,02%	104,39 €	137.011,88 €	64.290,93 €	48,98 €
PC2	4	92	0,00%	197,07	18.209,27	0,00%	104,39 €	9.645,64 €	4.321,70 €	46,77 €
PB2	6	122	0,00%	175,34	21.356,41	0,00%	104,39 €	12.714,70 €	5.068,62 €	41,61 €
PA2	8	172	0,01%	170,68	29.391,10	0,00%	104,39 €	17.975,96 €	6.975,54 €	40,51 €
PE1	283	5.943	0,18%	214,15	1.272.693,45	0,09%	104,39 €	620.389,77 €	302.054,67 €	50,83 €
PD1	423	8.881	0,27%	203,28	1.805.309,35	0,12%	104,39 €	927.077,15 €	428.463,06 €	48,25 €
PC1	56	1.180	0,04%	195,52	230.752,70	0,02%	104,39 €	123.201,08 €	54.765,69 €	46,40 €
PB1	63	1.321	0,04%	172,24	227.511,82	0,02%	104,39 €	137.888,75 €	53.996,51 €	40,88 €
PA1	145	3.045	0,09%	166,03	505.561,35	0,03%	104,39 €	317.867,55 €	119.987,39 €	39,40 €
Tot. Red. Phys. Funtion	1.082	22.722	0,68%		4.523.558,30	0,31%	104,39 €	2.371.949,58 €	1.073.598,62 €	47,25 €
Total Geral	159.076	3.340.596	100%		1.469.335.946,38	100%		348.724.816,44 €	348.724.816,44 €	

A tabela é composta por 1 coluna identificada como (A), que contém a listagem dos grupos RUG-III na versão de 53 grupos, actualmente em vigor nos Estados Unidos para o FY 2010 e 10 colunas numeradas, que apresentam a base do

cálculo do financiamento das Unidades de Convalescença ajustado por *case-mix*, através do modelo RUG-III. A saber:

Coluna 1: N.º de episódios – Apresenta a distribuição dos episódios ou seja, a distribuição de 159.076 pedidos de financiamento de SNF agrupados pelos RUG's respectivos e dispostos por grandes categorias;

Coluna 2: N.º total de dias (utente x 21) – Apresenta o número total de dias de internamento, de acordo com a distribuição do número de episódios, assumindo que a cada um dos pedidos de financiamento agrupados nos RUG corresponde um episódio de 21 dias de internamento;

Coluna 3: % RUG no total de episódios – Apresenta o peso relativo que cada RUG e cada categoria RUG, convertidos em dias de internamento, assumem no total dos episódios;

Coluna 4: Rate RUG (U.S.\$) FY2010 – Apresenta o “rate” urbano diário em dólares americanos, isto é, o montante financeiro correspondente à diária de cada RUG, em vigor para o ano fiscal de 2010;

Coluna 5: Valor total por RUG (rate x n.º de dias) – Apresenta o montante financeiro a pagar pela totalidade de dias contabilizados em cada RUG. É obtido pela multiplicação do valor da diária de cada RUG (coluna 4) ao respectivo número total de dias (coluna 2);

Coluna 6: % item: V. Financ. item / Valor total – Apresenta a proporção do montante financeiro de cada RUG e de cada categoria RUG sobre o montante financeiro total a pagar ao conjunto dos pedidos de financiamento;

Coluna 7: Preço diária U. Conval. RNCCI 2010 – Apresenta o montante financeiro correspondente à diária nas Unidades de Convalescença da RNCCI, em vigor para o ano de 2010.

Coluna 8: Preço diária RNCCI x n.º dias (utente x 21) – Apresenta o montante financeiro total a pagar pelo somatório dos dias contabilizados (6.800);

Coluna 9: Proporção item RUG / Valor total PT – Apresenta a distribuição do volume financeiro total obtido na coluna 8, após a aplicação, sobre este volume financeiro total, dos pesos relativos de cada RUG e de cada categoria, constantes da coluna 6;

Coluna 10: Valor unit. Item: (Valor total item/n.º dias) – Apresenta o valor da diária das Unidades de Convalescença ajustadas por *case-mix*, a partir do montante financeiro total disponível, calculado pela divisão do volume financeiro de cada item (coluna 9) pelo total de dias respectivo (coluna 2);

6. 2. Tabelas de resultados

As tabelas F. 2-9 apresentam, de forma comparada, os valores das diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por *case-mix* e os valores das diárias não ajustadas, por cada categoria de RUGs, permitindo-nos analisar as diferenças de preços resultantes das 2 modalidades de pagamento em estudo.

Tabela F.2. - Categoria *Rehabilitation Plus Extensive Services*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por *case-mix* versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por <i>case-mix</i>	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
RUX	6,86%	104,39 €	146,45 €	42,06 €	40,29%
RUL	10,85%	104,39 €	129,50 €	25,11 €	24,06%
RVX	4,08%	104,39 €	110,98 €	6,59 €	6,32%
RMX	8,89%	104,39 €	106,49 €	2,10 €	2,01%
RVL	6,25%	104,39 €	103,62 €	-0,77 €	-0,74%
RML	6,42%	104,39 €	98,01 €	-6,38 €	-6,11%
RLX	0,02%	104,39 €	75,68 €	-28,71 €	-27,50%
Total Rehabilitation Plus Extensive Services	43,38%	104,39 €	117,30 €	12,91 €	12,37%

Tabela F.3. - Categoria *Rehabilitation*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por *case-mix* versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por <i>case-mix</i>	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
RUC	5,02%	104,39 €	125,45 €	21,06 €	20,18%
RUB	11,74%	104,39 €	115,14 €	10,75 €	10,29%
RUA	3,42%	104,39 €	109,98 €	5,59 €	5,35%
RVC	3,05%	104,39 €	99,93 €	-4,46 €	-4,27%
RVB	7,84%	104,39 €	95,14 €	-9,25 €	-8,86%
RHC	4,54%	104,39 €	86,52 €	-17,87 €	-17,12%
RVA	2,89%	104,39 €	86,30 €	-18,09 €	-17,33%
RHB	2,33%	104,39 €	82,83 €	-21,56 €	-20,65%
RMC	1,68%	104,39 €	79,59 €	-24,80 €	-23,75%
RMB	1,76%	104,39 €	77,38 €	-27,01 €	-25,87%
RHA	1,74%	104,39 €	77,31 €	-27,08 €	-25,94%
RMA	0,92%	104,39 €	75,91 €	-28,48 €	-27,29%
RLB	0,06%	104,39 €	69,79 €	-34,60 €	-33,15%
RLA	0,04%	104,39 €	59,84 €	-44,55 €	-42,68%
Total Rehabilitation	47,02%	104,39 €	100,45 €	-3,94 €	-3,77%

Tabela F.4. - Categoria *Extensive Services*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por case-mix versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por case-mix	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
SE3	1,41%	104,39 €	85,83 €	-18,56 €	-17,78%
SE2	2,66%	104,39 €	73,30 €	-31,09 €	-29,78%
SE1	0,14%	104,39 €	65,56 €	-38,83 €	-37,20%
Total Extensive Services	4,21%	104,39 €	77,23 €	-27,16 €	-26,02%

Tabela F.5. - Categoria *Special Care*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por case-mix versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por case-mix	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
SSC	0,65%	104,39 €	64,46 €	-39,93 €	-38,26%
SSB	0,54%	104,39 €	61,14 €	-43,25 €	-41,43%
SSA	1,06%	104,39 €	60,03 €	-44,36 €	-42,49%
Total Special Care	2,24%	104,39 €	61,58 €	-42,81 €	-41,01%

Tabela F.6. - Categoria *Clinically Complex*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por case-mix versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por case-mix	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
CC2	0,13%	104,39 €	64,09 €	-40,30 €	-38,61%
CC1	0,35%	104,39 €	58,93 €	-45,46 €	-43,55%
CB2	0,25%	104,39 €	55,98 €	-48,41 €	-46,37%
CB1	0,72%	104,39 €	53,40 €	-50,99 €	-48,84%
CA2	0,20%	104,39 €	53,03 €	-51,36 €	-49,20%
CA1	0,60%	104,39 €	50,09 €	-54,30 €	-52,02%
Total Clinically Complex	2,25%	104,39 €	54,26 €	-50,13 €	-48,02%

Tabela F.7. - Categoria *Impaired Cognition*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por case-mix versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por case-mix	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
IB2	0,01%	104,39 €	47,88 €	-56,51 €	-54,14%
IB1	0,10%	104,39 €	47,14 €	-57,25 €	-54,84%
IA2	0,00%	104,39 €	43,46 €	-60,93 €	-58,37%
IA1	0,08%	104,39 €	41,98 €	-62,41 €	-59,78%
Total Impaired Cognition	0,19%	104,39 €	45,02 €	-59,37 €	-56,87%

Tabela F.8. - Categoria *Behaviour Problems*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por case-mix versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por case-mix	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
BB2	0,00%	104,39 €	47,51 €	-56,88 €	-54,49%
BB1	0,01%	104,39 €	46,40 €	-57,99 €	-55,55%
BA2	0,00%	104,39 €	43,09 €	-61,30 €	-58,72%
BA1	0,02%	104,39 €	40,14 €	-64,25 €	-61,55%
Total Behaviour Problems	0,02%	104,39 €	42,34 €	-62,05 €	-59,44%

Tabela F.9. - Categoria *Reduced Physical Functions*: Diárias de Unidades de Convalescença ajustadas por case-mix versus Diária Portaria n.º 326/2010, 16 Junho

Grupo do RUG	% RUG no total episódios	Preço diária U. Conval., RNCCI 2010	Preço diárias ajustadas por case-mix	Diferença Diárias ajustadas e Diária não ajustada	Proporção Diárias ajustadas/ Diária não ajustada
PE2	0,02%	104,39 €	51,56 €	-52,83 €	-50,61%
PE1	0,18%	104,39 €	50,83 €	-53,56 €	-51,31%
PD2	0,04%	104,39 €	48,98 €	-55,41 €	-53,08%
PD1	0,27%	104,39 €	48,25 €	-56,14 €	-53,78%
PC2	0,00%	104,39 €	46,77 €	-57,62 €	-55,20%
PC1	0,04%	104,39 €	46,40 €	-57,99 €	-55,55%
PB2	0,00%	104,39 €	41,61 €	-62,78 €	-60,14%
PB1	0,04%	104,39 €	40,88 €	-63,51 €	-60,84%
PA2	0,01%	104,39 €	40,51 €	-63,88 €	-61,20%
PA1	0,09%	104,39 €	39,40 €	-64,99 €	-62,25%
Total Reduced Physical Functions	0,68%	104,39 €	47,25 €	-57,14 €	-54,74%

6.3. Apresentação de resultados

O total de episódios de internamento distribui-se por 51 dos 53 grupos possíveis. Tomando como base de análise o número de dias por RUG, verifica-se que as categorias predominantes são *Rehabilitation*, com 47,02% do total de episódios e *Rehabilitation Plus Extensive Services*, com 43,38%. Juntas, representam 90,4% do total de episódios.

As categorias *Extensive Services*, *Special Care* e *Clinically Complex* representam 4,21%, 2,24% e 2,25% dos episódios, respectivamente. Em conjunto, as categorias *Impaired Cognition* (0,19%), *Behaviour Problems* (0,02%) e *Reduced Physical Functions* (0,68%) atingem 0,89% de episódios.

O valor da diária não ajustada em vigor para o ano de 2010 (Portaria n.º 326/2010, de 26 de Junho) é de 104,39€. Os valores das diárias ajustadas variam entre os 146,45€ e os 39,40€. Entre o valor mais baixo e o valor mais elevado das diárias ajustadas há uma diferença de 107,05€. Esta diferença representa uma variação de mais 271% na gama de preços ajustados face ao valor da diária ajustada mais baixa.

A diferença entre o valor mais elevado das diárias ajustadas e o valor da diária não ajustada é de 42,06€, que corresponde a uma diferença de mais 40,29% face ao valor da diária não ajustada.

A diferença entre o valor mais baixo das diárias ajustadas e o valor da diária não ajustada é de 62,41€, que corresponde a uma diferença de menos 59,78% face ao valor da diária não ajustada.

Em 7 RUG's o valor da diária ajustada é superior ao valor da diária não ajustada. Um RUG apresenta um valor quase equivalente ao da diária não ajustada. O valor da diária ajustada dos restantes 45 RUG's é inferior ao valor da diária não ajustada.

7. Conclusões

Conclusão 1 – Os grupos RUX, RUL, RVX e RMX pertencentes à categoria *Rehabilitation Plus Extensive Services* e os grupos RUC, RUB e RUA pertencentes à categoria *Rehabilitation* são os grupos que se vêem beneficiados com a aplicação da diária ajustada por *case-mix*, pois os valores das diárias ajustadas destes grupos são superiores ao valor da diária não ajustada.

Dado que estes RUG's correspondem a grupos de doentes cujo restabelecimento fica mais dispendioso para as instituições, quer pelo tempo de reabilitação prestado, quer pelo recurso a cuidados clínicos específicos, este benefício para as instituições consiste em obter melhores pagamentos pelos cuidados mais onerosos.

Conclusão 2 – O benefício concentrado nos 7 RUG's identificados abrange metade dos episódios de internamento (50,86%).

Conclusão 3 – Os grupos de utentes pertencentes às categorias menos diferenciadas do modelo, *Impaired Cognition*, *Behaviour Problems* e *Reduced Physical Functions* representam uma proporção marginal no total de episódios (0,89%) e o valor das suas diárias vê-se prejudicado em mais de 50% no modelo de preços ajustados, face ao valor da diária não ajustada. Estes grupos correspondem aos utentes menos exigentes do ponto de vista da utilização de recursos. A diferença de preços entre os dois modelos significa que no modelo de preços fixos o encaixe financeiro para as instituições é maior, pois o valor da diária destes utentes ultrapassa o dobro do valor da diária do modelo de preços ajustados.

8. Discussão

Os quadros de resultados apresentados nos capítulos anteriores evidenciam a grande diferença de filosofia subjacente aos dois modelos de pagamento em comparação: o modelo português da RNCCI, que parte da tipificação de conjuntos de instituições, em função das respostas de saúde e sociais fornecidas, estabelecendo um valor financeiro médio para cada grupo de instituições e o modelo norte-americano do *Medicare*, que parte da tipificação de conjuntos de doentes, em função da utilização média de recursos, estabelecendo um valor financeiro médio para cada grupo de utentes.

Os sistemas de pagamento aos prestadores de cuidados de saúde podem levar tanto a consequências intencionadas como não intencionadas, tais como incentivos para aumentar o número de serviços prestados além do que é necessário ou para reduzir os consumos utilizados, para além de outras consequências não intencionadas, como a manipulação das regras pelos fornecedores, transferências de custos ou aumento de sobrecarga administrativa para os prestadores (Langenbrunner *et al*, 2009).

O presente exercício permitiu analisar algumas questões pertinentes quanto ao modelo de pagamento utilizado para financiar as *Unidades de Convalescença* da RNCCI, à luz de um modelo comparado.

Das conclusões sobre os grupos que se vêem beneficiados com um modelo de pagamento de preços ajustados, ressalta que um modelo ajustado por *case-mix* parece configurar um incentivo a uma prestação de cuidados mais ajustada às necessidades de cada utente.

Em contrapartida, um modelo de preço fixo por tipologia pode constituir um desincentivo a abordagens terapêuticas mais onerosas, pois essa opção é financeiramente menos favorável para as *Unidades de Convalescença*; e, ao invés, pode comportar um incentivo a um comportamento defensivo das instituições, habitualmente designado por transferência de custos. Neste tipo de situação, a transferência de custos pode consistir na transferência indevida de utentes para cuidados hospitalares sempre que as suas condições clínicas exijam cuidados mais dispendiosos, ainda que estas instituições possuam meios para o seu fornecimento.

Do ponto de vista político, este comportamento representaria um obstáculo ao princípio da eficiência que se propôs à Rede, que depende, entre outros, da prestação de cuidados ao doente ser efectuada nos locais mais adequados à sua situação clínica (Art. 4.º, c), DL 101/2006). Sugere-se a investigação futura desta hipótese, através da análise dos fluxos de readmissões aos hospitais, de doentes provenientes das *Unidades de Convalescença*.

As conclusões do trabalho apresentado remetem também para algumas consequências sobre os grupos do fundo da hierarquia do modelo de preços ajustados, que importa evidenciar.

A desvalorização de preços para os utentes pertencentes aos grupos menos consumidores de recursos, verificada com a transposição para o modelo de preços ajustados por *case-mix*, parece conferir uma certa dose de equidade ao sistema.

A invariabilidade de preço no modelo da RNCCI, pode configurar um incentivo a outro tipo de comportamento defensivo por parte das *Unidades de Convalescença*, relativamente aos grupos de utentes menos exigentes do ponto de vista de consumo de recursos, que consiste no prolongamento das suas demoras médias. No actual modelo, parece ser mais favorável às *Unidades de Convalescença* o prolongamento dos internamentos de doentes melhorados ou estabilizados, e menos consumidores de recursos, face à aceitação de novos doentes em situação pós-aguda, com situação clínica mais complexa e mais consumidora de recursos. Um comportamento defensivo deste tipo colocaria em causa o princípio da acessibilidade, pois a ocupação de camas com doentes que, porventura, poderiam ter alta desta tipologia, impediria a entrada de novos doentes na instituição.

A este propósito, é de salientar que no relatório de monitorização do 1.º semestre de 2010 da RNCCI se constata novo aumento da demora média nas *Unidades de Convalescença*, na tendência do verificado em 2009 relativamente ao ano anterior. Este aumento é explicado com o aumento de incapacidade e dependência dos utentes na admissão (UMCCI, 2010b). Sugerem-se estudos futuros sobre esta tendência, face ao eventual impacto de outras variáveis.

A existência, ainda que residual, de utentes menos complexos do ponto de vista do consumo de recursos, no total de episódios em estudo, sugere que, na sua transposição para a realidade portuguesa, estes pudessem configurar utentes com características passíveis de ser assistidos noutras tipologias da RNCCI ou até em outros níveis de resposta. Esta reflexão leva-nos a considerar que, após a fase de expansão da RNCCI e já sobre um quadro de dotação de camas de convalescença suficiente, um modelo de preços ajustados por *case-mix* poderia abrir a porta a uma nova forma de contratualização de camas na RNCCI. Face ao ajustamento de preços, a contratualização por tipologia poderia ser mais flexível e flutuante, de acordo com as necessidades dos utentes, e com pleno aproveitamento das dotações de recursos humanos afectos às instituições.

Para além das considerações efectuadas, é ainda importante completar a nossa reflexão salientando duas dimensões transversais.

Desde logo, o facto de um modelo de pagamento baseado numa classificação de utentes ajustada por *case-mix* poder conferir um incentivo suplementar à especialização das instituições em determinadas patologias, o que parece constituir um contributo para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes dessas valências.

Por outro lado, convém realçar que a implementação e manutenção de um sistema de preços ajustados por *case-mix* configura uma sobrecarga administrativa e financeira a vários níveis. A nível institucional, essa sobrecarga reflectir-se-ia sobretudo no conjunto de tarefas relacionadas com o processo sistemático de cálculo periódico de RUG para cada utente; sobre as instâncias pagadoras, a sobrecarga reflectir-se-ia na necessária multiplicação das funções de controlo, inspecção e auditoria. Num contexto como o actual, em que grande parte dos profissionais da RNCCI desempenha funções a tempo parcial, esta opção parece praticamente inexecutável.

Antes de terminar, resta um último conjunto de considerações sobre o presente estudo. Reconhecem-se as limitações deste projecto, em particular as relacionadas com o facto de não ser possível uma análise sobre dados reais de caracterização em RUG's, da população portuguesa em *Unidades de Convalescença*. Esta ausência orientou as opções metodológicas adoptadas.

Para além disso, a limitação dos recursos disponibilizados para este estudo impôs uma restrição ao âmbito da análise, que, noutros contextos, poderia ter sido estendida à problematização sobre outras variáveis. Consideramos que, ainda assim, os resultados obtidos contribuem para a clarificação de algumas dimensões técnicas e políticas do modelo de pagamento das *Unidades de Convalescença* da RNCCI.

Os modelos de financiamento dos sistemas de saúde devem ser sempre avaliados pela sua capacidade de agir como incentivos ou desincentivos face aos fins pretendidos (Fries *et al*, 1995). Para cada modelo, a comparação com modelos diferentes poderá permitir a identificação de oportunidades de implementação de melhores práticas nas reformas em curso, de modo a alcançarem-se melhores resultados. Pretendeu ser este trabalho mais um contributo para esse ensejo.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, P. e SIMÕES, J. (2007). *Portugal: Health system review*. Health Systems in Transition. 9(5):1-140.

BOSLAUGH, S. (2007). *Secondary data sources for public health: A practical guide*. Cambridge University Press. NY

BUNTIN, M., ESCARCE, J., HOVERMAN, C., PADDOCK, S., TOTTEN, M., WYNN, B.O. (2005). *Effects of Payment Changes on Trends in Access to Post-Acute Care*. RandHealth Technical Report. Disponível em URL: www.rand.org/pubs/technical_reports/TR259/index.html

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (2003). *42 C.F.R. § 409.30 Basic Requirements. Subpart D – Requirements for Coverage of Posthospital SNF Care*. Department of Health and Human Services. Disponível em URL: <http://law.justia.com/us/cfr/title42/42-2.0.1.2.9.4.35.2.html>

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (2005). *SNF PPS Refinements- Final Web.ppt*. in RUG-53 Education Material. Disponível em URL: http://www.gov/SNFPPS/09_RUGRefinement.asp

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (2008a). *What is Medicare/Medicaid*. CMS Publication N° 11306 April 2008. Disponível em URL: <http://www.medicare.gov/Publications/Pub/pdf/11306.pdf>

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (2008b). *Medicare Benefit Policy Manual, CMS Pub. 100-02, Chapter 8 - Coverage of Extended Care (SNF) Services Under Hospital Insurance*. Department of Health and Human Services. Disponível em URL: <http://www.cms.gov/manuals/Downloads/bp102c08.pdf>

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (2009). *Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement. Chapter 5- Definitions*. Department of Health and Human Services. Disponível em URL: <http://www.cms.gov/manuals/downloads/ge101c05.pdf>

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (2010a). *Medicare Claims Processing Manual. Chapter 6 – SNF Inpatient Part A Billing and SNF Consolidated Billing*. Department of Health and Human Services Disponível em URL: <http://www.cms.gov/manuals/downloads/clm104c06.pdf>

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, (2010b). *National RUG III medicare frequencies. second quarter 2010*. Acedido electronicamente em 27/11/2010 através de URL: http://www.cms.gov/MDSPubQlandResRep/07_rugsreport.asp#TopOfPage

DAVIS, K., COLLINS, S.R. (2005). *Medicare at forty*. Health Care Financing Review. Winter 2005-2006. 27 (2): 53-62 Disponível em URL: <http://www.cms.gov/HealthCareFinancingReview/PastArticles/>

DECRETO-LEI N.º 101/2006, de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006- I Série A*. Lisboa.

DESPACHO n.º 12082/2010, de 20 de Julho. *Diário da República n.º 144/2010*. II Série, Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social.

DESPACHO NORMATIVO n.º 34/2007 de 7 de Setembro. *Diário da República nº 181/2007*. II Série. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

DIAS, A. e QUEIRÓS, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estudo: Integração e Continuidade de Cuidados*. Disponível em URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/analises-especializadas/>

EUROPEAN COMMISSION (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. European Economy. Special Report. 01. January 2006. Luxembourg. 386pp. Disponível em URL: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm.

EUROPEAN COMMISSION (2009). *The 2009 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060)*. Working Document for European Economy 2/2009. 278pp. Disponível em URL: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=500>

FEDERAL REGISTER (2009). *42 CFR Part 483. Medicare Program; Prospective Payment System and Consolidated Billing for Skilled Nursing Facilities for FY 2010; Minimum Data Set, Version 3.0 for Skilled Nursing Facilities and Medicaid Nursing Facilities; Final Rule*. Federal Register. Vol. 74, Nº 153, August 11, 2009/Rules and Regulations. Disponível em URL: <http://edocket.access.gpo.gov/2009/pdf/E9-18662.pdf>

FRIES, B., SCHNEIDER, D., FOLEY, W., GAVAZZI, M., BURKE, R. e CORNELIUS, E (1994). *Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)*. Medical Care. 32(7): 668-685.

GONÇALVES, S. (2010). Cuidados continuados integrados. Em: J. Simões (coord) *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Ed. Almedina. Coimbra

KARLSSON, M., MAYHEW, L., PLUMB, R. e RICKAYZEN, B., (2004). *An International Comparison of Long-Term Care Arrangements*. pp131. Disponível em URL: <http://www.cass.city.ac.uk/research/featuredresearch/major-reports.html>.

KANE, R.L. e KANE, R.A. (2001). Emerging issues in chronic care. Em: R.H. Binstock & L.K. George (eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Academic Press. Sandiego.

LANGENBRUNNER, J.C., CASHIN, C. e O'DOUGHERTY, S. (2009). What, how and who: An Introduction to provider payment systems. Em: J.C. Langenbrunner, C. Cashin, e S. O'Dougherty (Eds.), *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-to Manuals*. The World Bank. Washington. Disponível em URL: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ProviderPaymentHowTo.pdf>

LOPES, M., (coord.) et al (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. Relatório preliminar*. Évora. Disponível em URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/analises-especializadas/>

LIU, K. et al (2007). *Final report to CMS. Options for improving medicare payment for snfs*. Disponível em URL: http://www.urban.org/UploadedPDF/411526_nursing_facilities.pdf

MEDICARE INTERACTIVE.Org (2010). *Convalescent Care: Technical Guide*. Disponível em URL: http://www.medicareinteractive.org/page2.php?topic=counselor&page=convalescent_booklet/what

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION (2010). Post-acute care providers: Common themes. Em: *Report to the Congress: Medicare Payment Policy*. Washington. pp355. Disponível em URL: http://www.medpac.gov/documents/Mar10_EntireReport.pdf

PORTARIA n.º 326/2010 de 16 de Junho. Diário da República n.º 115/2010 - I Série. Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

PORTARIA n.º 189/2008 de 19 de Fevereiro. Diário da República n.º 35/2008 - I Série. Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde

PORTARIA n.º 1087-A/2007 de 5 de Setembro. Diário da República n.º 171/2007 - I Série. Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

RUNDALL, T.G. e EVASHWICK, C.J. (2005). Organization and management. Em: C.S. Evashwick (ed.), *The continuum of long-term care*. 3rd edition. NY. Thomson Delmar Learning Series in Health Services Administration. pp459.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2006). *A prestação de cuidados nas unidades de convalescença. Enquadramento das unidades de Convalescença na RNCCI*. Disponível em:

URL: apfisiio.pt/GrupoTrabalho/UCMRNCCI.pdf

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2008). *Monitoring report on the development and activity of the portuguese national network for integrated care 2008*. Executive Summary. Disponível em URL: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RESUMO_EXECUTIVO_17%2004%2009%20Translation.pdf

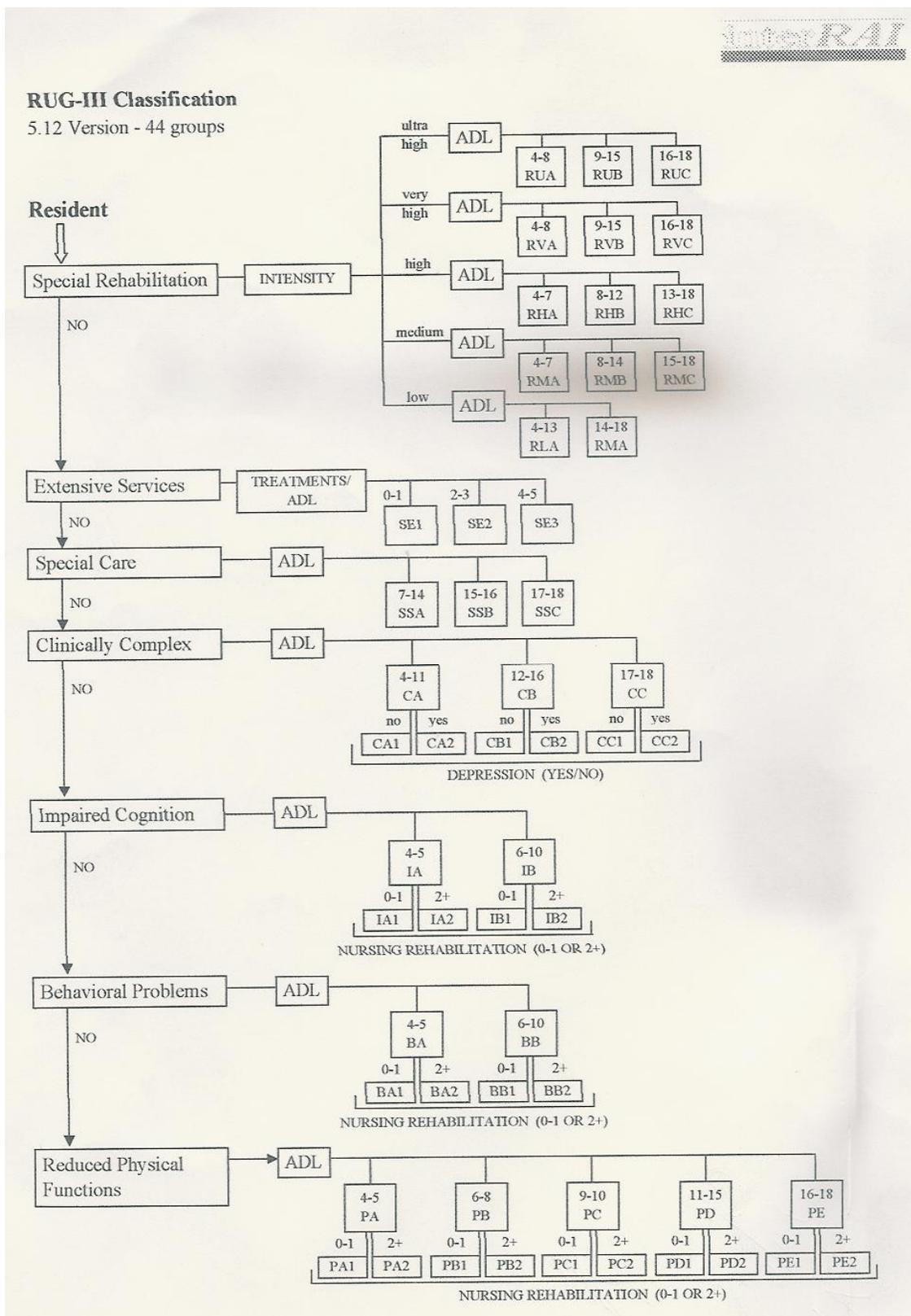
UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2009). *Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Disponível em URL: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2010a). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2009*. Disponível em URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/publicacoes/Paginas/Relatorios.aspx>

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2010b). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 1º semestre 2010*. Disponível em URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/publicacoes/Paginas/Relatorios.aspx>

WHITE, C., PIZER, S.D. e WHITE A.J. (2002). *Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities*. Health Care Financing Review. Winter 2002. 24 (2): 7-15

Anexo I⁽¹⁾



⁽¹⁾ Retirado do website da organização InterRAI, acessível em: <http://www.interrai.org/section/view/?fnode=27>