ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

ESTUDO SOBRE O DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

FEVEREIRO DE 2015

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt

Índice

Sumário executivo 3
1. Introdução 7
2. Enquadramento histórico e legislativo 10
2.1. Concetualização e evolução legislativa das ULS 10
2.2. Intervenção regulatória da ERS 15
3. Acesso 22
3.1. Descrição da oferta e análise da proximidade 22
3.2. Análise da capacidade 28
3.3. Análise da dimensão temporal do acesso 35
4. Qualidade 38
4.1. Avaliação dos prestadores no SINAS 38
4.2. Reclamações dos utentes das ULS 48
4.2.1. Reclamações recebidas pela ERS 51
4.2.2. Reclamações introduzidas no SIM-Cidadão 53
5. Eficiência e desempenho económico-financeiro 56
5.1. Eficiência produtiva 57
5.2. Desempenho económico-financeiro 67
6. Conclusões 76
Anexo I – Pedido de informação à ACSS 79
Anexo II – Atuação regulatória da ERS visando ULS 81
Anexo III – Rede de ULS e estrutura da oferta 86
Anexo IV – Diagnósticos classificados como ACSC 100

Índice de abreviaturas

ACSC – *Ambulatory care sensitive conditions*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CH – Centro Hospitalar

CS – Centro de Saúde

CTH – Consulta a Tempo e Horas

DGS – Direção Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

LBS – Lei de Bases da Saúde

LOS – *Length of stay*

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PMP – Prazo médio de pagamento

SGREC – Sistema de Gestão de Reclamações

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

ULS – Unidade Local de Saúde

Sumário executivo

O presente estudo foi realizado em resposta à solicitação do Senhor Ministro da Saúde transmitida pelo seu Despacho n.º 33/2014, de 27 de maio de 2014, e afigura-se oportuno devido ao hiato temporal decorrido desde a publicação, em junho de 2011, pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), do "Estudo sobre a Organização e Desempenho das Unidades Locais de Saúde – Relatório Preliminar I".

Neste novo estudo, o desempenho das Unidade Locais de Saúde (ULS) é avaliado ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, da qualidade dos serviços, da eficiência produtiva e do desempenho económico-financeiro.

Nesse sentido, o estudo inicia-se com a descrição do enquadramento histórico e legislativo da criação das ULS em Portugal, enquanto unidades que promovem a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares. Existindo atualmente oito ULS, este processo de integração vertical foi iniciado com a criação da ULS de Matosinhos, em 1999, e só quase uma década depois, em 2007, se prosseguiu com a criação da ULS do Norte Alentejano, no ano seguinte com a ULS do Alto Minho, a ULS do Baixo Alentejo e a ULS da Guarda, e em 2009 com a ULS de Castelo Branco; passados dois anos surge a ULS do Nordeste e, por último, em 2012, foi constituída a ULS do Litoral Alentejano.

Ao longo dos anos, alguns aspetos decorrentes do concreto modelo de funcionamento das ULS mereceram a intervenção regulatória da ERS, dos quais se realçam o cumprimento do tempo de resposta, útil e adequado, para marcação e realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de consultas de especialidade e, ainda, para marcação e realização de cirurgias programadas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

O acesso proporcionado pelas ULS aos seus utentes é analisado, desde logo, numa vertente geográfica, a qual se desdobra nas dimensões da proximidade e da capacidade, e ainda numa vertente temporal. Com a dimensão da proximidade considera-se a adequação da distribuição geográfica dos estabelecimentos à dos utentes, em termos de distância ou tempo de viagem até aos estabelecimentos. Aqui, constata-se que o grau de proximidade da rede de cuidados de saúde primários às populações é similar em áreas de ULS e não ULS, e, em ambos os casos, a percentagem de habitantes que reside até 15 minutos de viagem de um ponto de oferta está acima dos 90%. Ao nível da capacidade avalia-se a cobertura das redes de

serviços em termos de volume de recursos nos cuidados hospitalares e primários. Nos cuidados de saúde hospitalares, e considerados rácios de médicos e enfermeiros no total da população, verifica-se que as áreas abrangidas por ULS exibem uma menor dotação relativa de profissionais de saúde do que as áreas não abrangidas pelas ULS. Nos cuidados de saúde primários a constatação é inversa, com as ULS a revelarem uma dotação de profissionais de saúde relativamente à população superior ao que acontece nas áreas não abrangidas por ULS.

Já numa ótica temporal, analisa-se os indicadores relativos ao tempo médio de espera dos episódios operados e a percentagem de episódios operados com tempo de espera superior ao Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) face ao total de episódios operados. Em termos médios, não se verificam diferenças significativas entre estabelecimentos integrados e não em ULS. Realça-se, no entanto, que nos dois tipos de unidades a percentagem de episódios operados com tempo de espera superior ao TMRG tem vindo a aumentar.

Na secção dedicada à vertente da qualidade, procede-se à análise dos resultados dos prestadores aderentes ao Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da ERS, em quatro dimensões, a saber, “Excelência Clínica”, “Segurança do Doente”, “Adequação e Conforto das Instalações” e “Focalização no Utente”. Analisando-se os resultados do SINAS publicados em dezembro de 2014, constata-se que apenas na atribuição da estrela relativa à dimensão da “Segurança do Doente” se encontraram diferenças significativas entre hospitais integrados em ULS e não integrados, com os segundos a apresentarem, em média, melhores resultados. Nas demais dimensões, e com a exceção da avaliação da “Excelência Clínica” nos procedimentos de enfarte agudo do miocárdio, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Ainda no âmbito da qualidade, identificam-se os principais constrangimentos reportados pelos utentes à ERS, no âmbito da sua atividade regulatória, e analisam-se as reclamações inseridas no Sistema SIM-Cidadão gerido pela Direção Geral da Saúde (DGS), todas respeitantes às ULS. Nas reclamações trazidas ao conhecimento da ERS, verifica-se que, no que respeita aos assuntos visados, o cenário é muito parecido entre ULS e não ULS, com exceção dos “tempos de espera superiores a uma hora”, o quarto tema mais visado nas reclamações dos utentes das ULS, mas que se releva como pouco importante nos estabelecimentos não integrados em ULS. Consideradas as reclamações introduzidas no SIM-Cidadão, constata-se que a taxa de reclamação dos utentes nas unidade de cuidados hospitalares é inferior nos hospitais

integrados em ULS relativamente os hospitais não integrados, não obstante tais diferenças não serem estatisticamente significativas.

A eficiência produtiva das ULS, ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, é igualmente estudada numa ótica de comparação com a demais rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nos cuidados de saúde primários analisa-se a combinação de profissões de saúde nos recursos humanos disponíveis, verificando-se que, com a exceção das ULS do Alto Minho, Matosinhos e Guarda, a combinação de profissões de saúde nas ULS privilegia um maior número de enfermeiros por médico do que acontece nas áreas não cobertas por ULS, na mesma região de saúde. No caso dos cuidados de saúde hospitalares, a análise do rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias realizadas pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no período de 2010 a 2013, revela uma tendência de crescimento do ambulatório nos dois grupos de hospitais, embora os hospitais não integrados em ULS exibam em todos os anos uma proporção média de ambulatório superior à dos hospitais integrados em ULS.

Ainda no âmbito da eficiência produtiva, e nos cuidados de saúde hospitalares, avalia-se o tempo de estadia em internamento, o qual é maior, em média, nos hospitais integrados em ULS, tendo crescido nestes hospitais, entre 2011 e 2013, mais rapidamente do que nos hospitais não integrados em ULS. No procedimento econométrico em que se estuda o tempo de estadia em internamento levando em conta, para além do estatuto de ULS ou não ULS do hospital, características do doente e da natureza do episódio em si, o diferencial entre ULS e não ULS continua a verificar-se.

Por seu turno, a eficiência do funcionamento em rede ao nível da interação entre cuidados primários e hospitalares é estudada através do indicador de internamentos por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), que se interpretam como hospitalizações desnecessárias. Na análise das proporções de internamentos com diagnósticos de ACSC no total dos internamentos, constata-se que, com a exceção da ULS do Baixo Alentejo, todas as demais ULS apresentaram valores superiores aos exibidos por toda a ARS em que se inserem. Esta constatação sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares proporcionados pela criação de ULS não se estarão a refletir numa redução de hospitalizações desnecessárias.

Finalmente, no âmbito do desempenho económico-financeiro analisa-se o indicador relativo ao prazo médio de pagamento a fornecedores, concluindo-se que tais prazos são elevados tanto nos hospitais integrados em ULS como nos hospitais não integrados, não obstante a priorização anunciada pelo Governo relativamente a esta matéria. Realça-se que no segundo trimestre de 2014, todos os hospitais com dados publicados excederam o PMP de 60 dias, o que configura um incumprimento do disposto na lei.

1. Introdução

A complexidade dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e a necessidade de adaptação a transformações do contexto organizacional e institucional, obrigam à procura das melhores soluções de organização e gestão das redes de prestação de cuidados de saúde, sendo no entanto imprescindível que as mesmas respeitem os princípios da equidade e do acesso universal. Sucede que os sistemas de saúde sofrem relevantes pressões exógenas, nomeadamente ao nível de constrangimentos orçamentais, envelhecimento da população, tecnologias de saúde (que abrangem os medicamentos, meios complementares de diagnóstico, equipamentos cirúrgicos, entre outros), e de informação (que constituem um suporte funcional, estratégico e operacional das organizações prestadoras de cuidados de saúde), ou ainda aquelas resultantes de mudanças epidemiológicas das populações.

A integração de cuidados de saúde surge como uma das respostas, a nível organizacional, aos desafios com que os sistemas de saúde se deparam. Assim, verifica-se, pois, uma tendência, tanto nacional como internacional, de se caminhar no sentido da integração de cuidados, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação são etapas encaradas numa interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde. Com a integração de cuidados de saúde pretende-se, por um lado, diminuir a fragmentação na prestação de cuidados de saúde e centrar o sistema no utente, e, por outro lado, a redução dos custos a suportar com aquela prestação e com a organização do mesmo sistema.

Neste sentido, a criação de Unidades Locais de Saúde (ULS) é uma concretização de integração de cuidados de natureza vertical, porque, como sabido, reúne numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. Assim, da organização dos distintos prestadores surge uma entidade única, responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, e tem como objetivo criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.

A realização do presente estudo foi motivada por solicitação do Senhor Ministro da Saúde, através do seu Despacho n.º 33/2014, de 27 de maio de 2014, e afigura-se oportuna devido ao hiato temporal decorrido desde a publicação, em junho de 2011, pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), do “Estudo sobre a Organização e

Desempenho das Unidades Locais de Saúde – Relatório Preliminar I"[1]. Naquela solicitação evidencia-se que foram estabelecidas, pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, oito iniciativas estratégicas, descritas no relatório final "Os Cidadãos no centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da mudança", que incluem a definição de uma rede hospitalar mais coerente e o aprofundamento da integração de cuidados para melhorar o acesso.

No presente estudo, o desempenho das ULS é avaliado ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, da qualidade dos serviços, da eficiência produtiva e do desempenho económico-financeiro.

Este estudo fundamenta-se, também, nos objetivos de regulação da ERS, tal como previstos no artigo 10.º dos seus estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, dos quais se destacam o de "assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei", ainda, o de "garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes", bem como o de "zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema" e o de "promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado […]". Importa ainda realçar que a alínea c) o artigo 15.º, na vertente de regulação económica, determina que incumbe à ERS a elaboração de estudos e emissão de recomendações sobre a organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS.

É neste contexto que se revela importante analisar o modelo das ULS, em especial a sua característica intrínseca de integração da prestação dos cuidados de saúde, de base piramidal, de forma a aquilatar dos potenciais impactos no acesso dos utentes residentes na área de influência de uma ULS, especialmente por comparação com os demais utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e na qualidade dos cuidados prestados, na eficiência produtiva, e no desempenho económico-financeiro do modelo.

Para suporte das análises projetadas, foi remetido à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), um pedido de dados que, no entanto, e após várias insistências junto da instituição e do Ministério da Saúde, não foi respondido[2]. Importa referir que a ausência da referida informação limitou a realização de algumas análises, designadamente sobre o acesso, numa ótica temporal, e sobre o desempenho económico-financeiro.

[1] Disponível em www.ers.pt.
[2] Tais diligências são descritas no anexo I.

Assim, o presente estudo está estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo é dedicado a algumas notas e noções introdutórias. No capítulo 2 apresenta-se o conceito de ULS e o enquadramento histórico e legislativo, de forma cronológica, das ULS que foram sucessivamente criadas. Mais aqui se consideram algumas situações concretas que foram objeto de intervenção regulatória da ERS.

No capítulo 3 é estudado o acesso dos utentes, numa vertente geográfica, que se desdobra nas dimensões de proximidade e de capacidade. Na proximidade considera-se a adequação entre a distribuição geográfica dos estabelecimentos e dos utentes, em termos de distância ou tempo de viagem até aos estabelecimentos. Por seu turno, ao nível da capacidade avalia-se a cobertura das redes de serviços em termos de volume de recursos.

No capítulo 4, enquanto secção dedicada à vertente da qualidade, procede-se à análise dos resultados dos prestadores aderentes ao Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da ERS, em quatro dimensões, a saber, "Excelência Clínica", "Segurança do Doente", "Adequação e Conforto das Instalações" e "Focalização no Utente". De seguida, identifica-se os principais constrangimentos reportados pelos utentes à ERS, no âmbito da sua atividade regulatória, e analisa-se as reclamações inseridas no Sistema SIM-Cidadão gerido pela DGS, todas respeitantes às ULS.

No capítulo 6 avalia-se a eficiência produtiva na prestação de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde hospitalares, integrados em cada uma das ULS. Mais concretamente, nos cuidados de saúde primários, considera-se a combinação de profissões de saúde nos recursos humanos disponíveis. Nos cuidados de saúde hospitalares avalia-se, por um lado, o rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias realizadas e, por outro lado, o tempo de estadia em internamento. Adicionalmente, e atenta a natureza específica da organização dos cuidados nas ULS, analisa-se a eficiência do funcionamento em rede ao nível da interação entre cuidados primários e hospitalares, através do indicador de *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), o qual se interpreta como um indicador de ocorrência de hospitalizações passíveis de se evitar com a prestação de cuidados primários atempados e adequados. E, por último, no âmbito do desempenho económico e financeiro das unidades hospitalares considera-se o prazo médio de pagamento (PMP) a fornecedores.

O capítulo 7 é dedicado às principais conclusões do estudo sobre o acesso, a qualidade, a eficiência e desempenho económico-financeiro das ULS.

2. Enquadramento histórico e legislativo

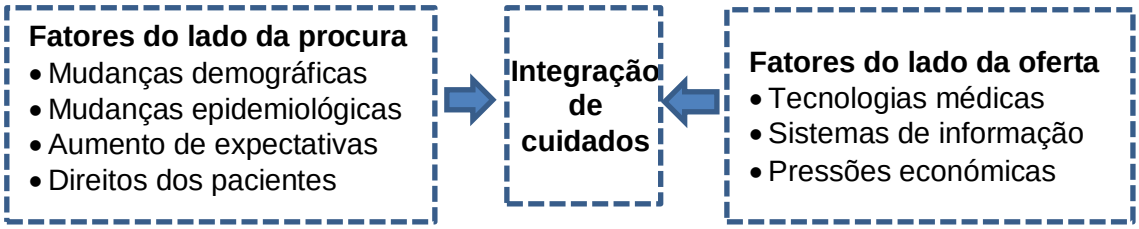
2.1. Concetualização e evolução legislativa das ULS

A Lei de Bases da Saúde (LBS) aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, veio refletir as orientações e opções políticas à data assumidas para o sistema de saúde, em Portugal. Nessa esteira, determinou que o SNS devia arrogar-se as caraterísticas essenciais e constitutivas, da integração e da globalidade dos cuidados prestados aos utentes e da garantia da equidade no acesso, com o objetivo de atenuar os efeitos decorrentes das desigualdades económicas e geográficas, bem como da organização regionalizada e de uma gestão descentralizada e participada – cfr. Base XXIV da LBS. Além do mais, este SNS integraria o sistema de saúde que, por seu lado, seria composto (ainda), pelas demais entidades públicas, privadas e por todos os profissionais em regime livre que se comprometam no desenvolvimento de "[…] atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde […]" – cfr. Base XII da LBS.

Por isso, e com o escopo de dar cumprimento às suas caraterísticas, simultaneamente por si assumidas como *obrigações* para com os seus beneficiários[3], o atual SNS adota uma estrutura assente em níveis diferenciados de prestação de cuidados que devem articular-se entre si e que, por isso, na base de uma pirâmide hierarquizada considerou-se níveis primários, para evoluírem sucessivamente para os níveis secundários ou hospitalares, continuados e domiciliários. Desta forma, veio o legislador impor um sistema estratificado no qual os serviços e unidades de saúde se devem estruturar, funcionar e articular entre si, em favor dos interesses dos utentes, garantindo que todos acedem em condições de igualdade aos cuidados de saúde, devendo, naturalmente, os cuidados primários localizar-se mais perto das comunidades e os diferenciados abranger um maior número da população que a eles recorrem por força de estados de saúde mais específicos. Na perseguição destas características, o legislador optou (também) por uma gestão integrada dos recursos existentes, para o que contribuíram fatores do lado da oferta e da procura, conforme descritos na figura *infra*.

[3] A ERS teve já a oportunidade de definir o conceito de beneficiários do SNS. Em todo o caso, e sem que aqui se pretenda repetir o já sucessivamente enunciado e publicado, remete-se somente para a LBS que se refere a todos os cidadãos portugueses, sejam eles residentes em Portugal ou no estrangeiro, também aos cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, aos cidadãos estrangeiros residentes em Portugal e, ainda, aos cidadãos apátridas residentes em Portugal – cfr. Base XXV da LBS.

Figura 1 – Fatores impulsionadores da integração de cuidados de saúde[4]



Fonte: Grone e Garcia-Barbero, 2001 (adaptado).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2008, entende-se como "[…] integração, as formas de interligação e cooperação na prestação e a garantia de continuidade assistencial dos utentes do SNS, tendo em vista a maximização da eficiência nas respostas e os melhores resultados em saúde". A propósito da integração de cuidados de saúde e numa ótica de estrutura organizacional da sua prestação, a OMS assumiu como urgente o combate à atual fragmentação do lado da oferta, de forma a encaminhar o sistema para as necessidades dos utentes, definindo prioridades e gerindo os recursos (Calnan, Hutten e Tiljak, 2006) e, por conseguinte, destacou a importância de se caminhar no sentido de uma integração dos sistemas de saúde, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação sejam etapas de ligação contínua da prestação de cuidados, de forma a obter ganhos em saúde (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003). Existem essencialmente duas modalidades de integração e que se distinguem, mormente, pela integração numa mesma unidade jurídica de um ou vários níveis da prestação dos cuidados de saúde: integração horizontal e integração vertical.

Com efeito, o processo de integração horizontal verifica-se quando uma única entidade é responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde (Devers et al., 1994; Grone e Garcia-Barbero, 2001). Resulta de uma fusão entre duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) que são substitutos próximos. Como exemplo, em Portugal temos os Centros Hospitalares (CH) que resultam da integração, numa única entidade jurídica, de estabelecimentos hospitalares autónomos, que prestam o(s) mesmo(s) serviço(s) ou seus substitutos próximos, sendo que o esquema de órgãos e o regime legal que lhes é aplicável são os legalmente estabelecidos para os estabelecimentos hospitalares públicos[5]. Os

[4] Ver Grone e Garcia-Barbero (2001), "A position paper of the WHO European office for integrated health care services", *International Journal of Integrated Care*, 1 (1), pp. 1-10.
[5] A respeito dos tipos de integração pode ler-se o especialmente vertido na secção 6.2.4. do "Estudo para a Carta Hospitalar – especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia", publicado em www.ers.pt.

objetivos que norteiam este processo consubstanciam-se essencialmente na tentativa de gerar economias de escala, aumentar a eficiência e promover uma partilha de serviços administrativos.

Atualmente podem identificar-se três realidades distintas de CH: a que corresponderá à ideia originária de agregação de unidades hospitalares complementares (por exemplo, Hospital Geral de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Joaquim Urbano); uma outra que agrega unidades hospitalares de dimensões e tipologias distintas (por exemplo, Hospital de São João e Hospital Nossa Senhora da Conceição[6]), mas sem qualquer especialização de uma dessas unidades; e ainda uma outra que agrega unidades hospitalares de dimensões e tipologias similares (por exemplo, Hospitais da Universidade de Coimbra e CH de Coimbra[7]).

Já num processo de integração vertical, no qual se incluem as ULS, visa-se uma agregação de *inputs*, a prestação e a gestão dos serviços relacionados com a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde (Grone e Garcia-Barbero, 2001). Como referem Campos e Simões (2011), à articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde – em particular dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares – está subjacente a necessidade de se assegurar uma mais eficaz e eficiente interligação entre esses dois níveis de cuidados, com o objetivo de se atingir uma melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e subsequente retorno para os cuidados primários.[8]

Posto isto, podemos designar uma ULS como uma entidade que sendo única, é responsável pelo estado de saúde de uma determinada população e, por isso, visa garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários e cuidados hospitalares) e da coordenação em rede de todos elementos, aqui considerados, os prestadores, que dela fazem parte. Ademais, vários estudos e relatórios[9,10] têm evidenciado

[6] O CH de São João, EPE, agrega um hospital central geral de diferenciação muito elevada e um hospital de pequena dimensão e diferenciação.
[7] O CH e Universitário de Coimbra, EPE passou a agregar um hospital central geral de muito elevada diferenciação e o anterior CH de Coimbra que, no seu conjunto, representa uma realidade de prestação de cuidados de saúde muito próxima ou similar àquela que era a realidade dos Hospitais da Universidade de Coimbra.
[8] Campos, A.C., Simões, J. (2011), "O Percurso da Saúde: Portugal na Europa", Almedina.
[9] Ver o relatório Santana, R., Marques, P., Lopes, S., Barreto, X., Diogo, I. (2011), "Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde em 2009", Escola Nacional de Saúde Pública.

potenciais ganhos proporcionados pela integração vertical de cuidados de saúde e dificuldades sentidas.

A tabela que de seguida se apresenta resume os fatores que mais se distinguem em termos de oportunidades e ameaças no processo de integração vertical de cuidados de saúde.

Tabela 1 – Oportunidade e ameaças no processo de integração vertical de cuidados de saúde

Oportunidades	Ameaças
✓ Rentabilização da capacidade instalada ✓ Poder de mercado ✓ Qualidade assistencial ✓ Focalização no utente ✓ Promoção do bem-estar ✓ Disseminação do risco de negócio ✓ Economias de escala ✓ Minimização de conflitos através de uma gestão conjunta de vários tipos de cuidados de saúde	✓ Falha de interpretação do *core business* ✓ Focalização nos prestadores de maior dimensão/maiores orçamentos, ou seja, nos prestadores dos cuidados de saúde hospitalares ✓ Instituições integradas que concorrerem entre si ✓ Desigualdades, em termos de procura de cuidados de saúde, entre instituições integradas

Fonte: Elaboração própria com base em Santana et al. (2010).

Como é sabido, em Portugal as opções políticas têm levado à implementação de vários modelos de integração de cuidados de saúde[11], entre os quais e quando vislumbrada a modalidade de integração vertical, cabe o conceito de ULS. Com efeito, como já mencionado, na génese desta realidade jurídica[12] esteve o objetivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.

Particularmente relevante para melhor entendimento do funcionamento e estruturação das ULS é perceber a opção ao nível dos cuidados primários e, em concreto, a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Esta tipologia organizativa foi criada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, posteriormente republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. Foram assim criados, no ano de 2008, e

[10] Ver o relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde par Portugal Continental.
[11] A título exemplificativo, a integração horizontal é observada na criação de CH ou Agrupamentos de Centros de Saúde, e no caso da integração vertical, na criação das ULS.
[12] Ver secção 3.1 sobre as razões para a criação das ULS, no estudo publicado pela ERS intitulado "Estudo sobre a Organização e Desempenho das Unidades Locais de Saúde – relatório preliminar I", disponível em www.ers.pt.

depois denominados, no ano de 2009, pelas sucessivas portarias de criação, distintos ACES que foram, por vezes, integrados nas ULS entretanto criadas. Recorde-se que se está perante serviços desconcentrados da respetiva administração regional de saúde (ARS), estando sujeitos ao seu poder de direção, que podem ser constituídos por um ou mais centros de saúde, e podem compreender diversas unidades funcionais, de entre as quais as Unidade de Saúde Familiar (USF). Também por isso, aqui serão considerados os ACES que em cada uma das ULS foram integrados, seja por opção legislativa, seja ainda, por opção regulamentar e da direção da própria ULS.

O fenómeno de criação de ULS surge, pela primeira vez, no ano de 1999 e intensifica-se a partir do ano de 2007. Hoje, são oito as ULS existentes, que foram constituídas por distintos e sucessivos decretos-leis, conforme se pretende exibir no seguinte esquema distribuído cronologicamente.[13] Assim, e como será visto, apenas se fará menção ao diploma de criação e às sucessivas alterações legislativas.

Figura 1 – Sucessão legislativa de criação da ULS

Legenda: H = Hospital; CH = Centros Hospitalares e CS = centros de saúde. * Indica os ACES que não tendo sido criados por Portaria foram formalizados por cada uma das ULS na qual se integram.

[13] Note-se que não será aqui considerado exaustivamente o enquadramento jurídico de cada uma das ULS criadas, remetendo-se a esse propósito para o já mencionado no estudo publicado pela ERS, em www.ers.pt, sob o titulo "Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde", em junho de 2011. Não obstante, importa referir que no decurso da elaboração do presente estudo, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, que, em suma, procede à harmonização dos estatutos das ULS, EPE e clarifica que estas ficam sujeitas ao regime dos hospitais EPE e, subsidiariamente, ao regime jurídico do sector público empresarial aprovado em 2013.

2.2. Intervenção regulatória da ERS

Ao abrigo das suas atribuições regulatórias, a ERS tem acompanhado a criação sucessiva de ULS, a sua reestruturação e igualmente, a sua atuação e o seu contributo para a prestação de cuidados de saúde aos utentes, no SNS e no sistema de saúde português. Nesse sentido, e como já mencionado, não só logrou já debruçar-se sobre o enquadramento jurídico desta realidade, sobre a sua definição e razões da sua criação, sobre o seu desempenho[14], como também tem intervindo sob o fundamento de distintas situações concretas que foram, e são, trazidas ao seu conhecimento.

Com efeito, desde o ano de 2006, a ERS, em distintos processos de inquérito, tem refletido, genericamente, sobre o direito de acesso dos utentes e a relação contratual assumida entre cada uma das ULS e o Ministério da Saúde. Sem o intuito de enumerar exaustivamente todas as temáticas e intervenções, serão aqui consideradas algumas, a título exemplificativo, e quando relacionadas com a atuação das ULS e a sua natureza jurídica integrativa. Assim, note-se que as ULS foram objeto de outras distintas intervenções ainda que não relacionadas com a específica integração vertical, pelo que, aqui não serão abordadas.

Ademais, importa realçar que a opção pelas temáticas que adiante se apresentam fundamenta-se igualmente no facto de serem abordadas também nas análises económicas que virão adiante e, nesse sentido, servirão a um melhor esclarecimento e contextualização das vicissitudes e dos comportamentos dos estabelecimentos prestadores, estejam ou não integrados em ULS.

Marcação e realização de MCDT, em tempo útil e com respeito pelo direito de acesso dos utentes do SNS

A propósito da atuação das ULS, na prestação de cuidados de saúde, mormente, de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), em tempo considerado útil, a ERS teve ainda a oportunidade de intervir no âmbito de distintos processos de inquérito que melhor se descrevem no anexo II do presente estudo.

A fundamentação que acolhe o entendimento da Reguladora assenta, essencialmente, por um lado, na estrutura organizativa das ULS e, conforme já visto, na ideia de

[14] Recorde-se o já mencionado no estudo publicado pela ERS, em www.ers.pt, sob o título "Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde", em junho de 2011.

integração vertical, e, por outro lado, nas orientações políticas que foram sucessivamente adotadas e assumidas de forma transversal no e pelo SNS, independentemente da natureza jurídica das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

Note-se no entanto que, ainda antes da aprovação e implementação transversal a todo o SNS destas últimas, a realidade da internalização tal como verificada e que foi sendo analisada ao abrigo das competências regulatórias surgiu de forma original e inovadora nas ULS atenta, precisamente, a sua natureza jurídica assente na integração e atuação como uma única unidade de prestação de cuidados de saúde no SNS.

Atualmente, a internalização e atuação integrada e concertada entre os níveis primários e hospitalares assume-se como uma imposição das políticas de saúde implementadas e, por isso, como uma obrigação de todos os prestadores, independentemente da forma organizativa adotada. A este concreto propósito veja-se a atuação regulatória da ERS mais bem descrita no anexo II do presente estudo.

Ora, como sabido, o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011, de 18 de agosto, delineou um maior aproveitamento e rentabilização da capacidade instalada no sector público. As instituições do SNS passam a obrigar-se a realizar internamente, com os recursos técnicos e humanos por si disponibilizados, os MCDT necessários e prescritos pelos seus profissionais de saúde, evitando assim a utilização de requisições de prescrição para as entidades convencionadas com as ARS e, simultaneamente, estando impedidas de requerer a prescrição de exames às unidades de cuidados de saúde primários, e ficando estas últimas impedidas de prescrever MCDT solicitados por essas entidades hospitalares. A realização dos MCDT necessários aos seus utentes seria concretizada "[…] através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado".

Além do mais, importa que as entidades hospitalares procurem "[…] a devida articulação com unidades de cuidados de saúde primários por forma a possibilitar a realização de MCDT aos utentes do SNS, com o aproveitamento da sua capacidade instalada." – cfr. § 5 do Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto.

Estes procedimentos podem significar um obstáculo à liberdade de escolha dos utentes, na medida, em que, por si, tendem a impossibilitar a escolha da entidade a que se pretende recorrer para a realização de MCDT que hajam sido prescritos pelo médico de família. Há, pois, o risco de uma afetação do seu direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde e publicamente financiados, em função de lhes ser vedado ou dificultado o acesso nas melhores condições, as quais podem corresponder àquelas praticadas nos prestadores privados convencionados. Adicionalmente, tal centralização pode ser indutora de desigualdades geográficas em função da sujeição dos utentes da área de influência de cada ULS criada a mecanismos ou procedimentos diferentes daqueles a que estão sujeitos os utentes do SNS residentes no restante território nacional.

Acresce que a Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, que aprovou os termos a que deve obedecer a "Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde", refere que importa "[…] garantir a prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente […]" – cfr. n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto. Daqui resultou o determinado pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, a respeito da fixação dos tempos máximos de resposta garantidos para o acesso àqueles cuidados de saúde em que "[já se encontravam] reunidas condições a nível do SNS para estabelecer TMRG [designadamente] acesso a consultas e cuidados domiciliários dos centros de saúde, a consultas externas hospitalares, a cirurgia programada e a determinados meios complementares de diagnóstico e terapêutica no âmbito de Cardiologia." – cfr. Preâmbulo da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro. Aliás, a própria tabela ali publicada considera como tempo de resposta no caso dos prestadores convencionados "o tempo de resposta que conste do contrato de convenção" – cfr. ponto 3 e 3.1 da tabela em anexo.

Assim, nesse seguimento, foi determinado que, não obstante o atual procedimento de internalização de MCDT, importaria sempre zelar pela aplicação de regras que garantam, de forma ampla e clara, a salvaguarda dos direitos de acesso dos utentes, aqui, a atuação das instituições, em tempo julgado, pelo legislador, como útil.

Com efeito, foi sempre conjugada uma perspetiva política com uma perspetiva regulatória, e nesse sentido, a internalização imposta surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória, assim como em tempo útil, o que implica uma equidade "temporal" de imposição de atendimento, para

satisfação de iguais necessidades de cuidados de saúde. É assim que o acesso aos cuidados de saúde deve igualmente ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos (vertente qualitativa). Nessa medida, deverá, pois, ser sempre garantido que os cuidados de saúde prestados não sofrem qualquer deterioração face à possibilidade anterior de os utentes recorrerem ao sector privado.

A propósito da temática do acesso em tempo útil na realização de MCDT, foi recentemente publicada a Recomendação n.º 2/2014[15], em 4 de agosto de 2014, dirigida ao Ministério da Saúde, no âmbito do acesso dos utentes do SNS aos MCDT nos estabelecimentos hospitalares do SNS. Impõe-se aqui a necessidade de ser recomendada a determinação de TMRG específicos para a área dos MCDT que, como sabido, até ao momento, não foram contemplados pelo legislador.

Marcação e realização de consultas de especialidade em tempo útil e sob a garantia do direito de acesso dos utentes do SNS

A ERS tem estado particularmente atenta a esta temática e, nesse sentido, tem adotado distintas formas de atuação regulatória junto dos prestadores e de outros intervenientes no sector da saúde. Nesse sentido, gizou um plano de ação sistemático e periódico, como resposta ao cumprimento da legislação dos TMRG (aqui também considerados os níveis de cuidados primários e secundários integrados nas ULS).

Neste âmbito, em 28 de março de 2012 a ERS aprovou uma recomendação[16] dirigida a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, às ARS e à ACSS, na sequência da atuação regulatória no âmbito dos TMRG no processo de inquérito ERS/108/09 (aberto contra os prestadores de cuidados de saúde primários do SNS) e nos processos contraordenacionais instaurados em 2010, visando 51 prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS.

---

[15] Esta recomendação foi publicada em www.ers.pt, em 4 de agosto de 2014, e, nesse sentido, a ERS recomendou ao Ministério da Saúde que adote as medidas consideradas necessárias e adequadas à estipulação de tempos máximos de resposta garantidos, no que se refere ao acesso a MCDT, tendo em conta referenciais temporais de orientação clínica, definidos ou a definir, de forma a garantir que os prestadores de cuidados de saúde que passem a ficar abrangidos pela obrigação de cumprimento de tais tempos, acautelem permanentemente aos utentes a prestação de cuidados de saúde, *in casu* MCDT, mediante a sua capacidade instalada ou com recurso a entidades externas, em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente.

[16] Nos termos desta recomendação, publicada em 24 de maio de 2014 em www.ers.pt, a ACSS, as cinco ARS e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS devem assegurar o cumprimento dos TMRG.

No decurso das mencionadas intervenções casuísticas constatou-se que, na realidade, (i) os problemas e insuficiências ao nível do sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH) eram sentidos por todos os prestadores, primários e hospitalares, e que derivavam especialmente de fatores exógenos, porque dependentes de entidades terceiras, e relacionados com a não execução prévia ou deficitária das condições que permitissem o acompanhamento do cumprimento dos TMRG, bem como a disponibilização do acesso à rede informática da saúde em condições de um bom desempenho; e conclui-se pela necessidade de (ii) uma monitorização futura dos prestadores hospitalares no que respeita ao integral respeito pela Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, e respetiva regulamentação.

Além disso, e no respeitante aos problemas de cariz informático, verificou-se que (i) o sistema CTH foi concebido para funcionar de forma integrada e articulada entre os diversos intervenientes (prestadores de cuidados primários e hospitalares, ACSS e ARS), e garantir o registo e repositório da informação relevante, igualmente de forma a assegurar a monitorização dos níveis de cumprimento dos TMRG; por isso, (ii) quando em pleno funcionamento, afigurar-se-ia como capaz de evidenciar os diversos estádios dos pedidos de consulta e dos demais atos, possibilitando a sua análise e controlo; pelo que, (iii) revelava-se essencial a sua efetiva e integral implementação, para cumprimento da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, bem como dos TMRG, eliminando-se falhas de natureza estrutural, organizacional e informática realçadas e reconhecidas pelos próprios prestadores à ERS.

Assim, na recomendação foi determinado que os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, cada uma das ARS e a ACSS, procedessem, em suma, à monitorização do cumprimento da legislação em vigor no que a cada um dos interessados competia e informassem a ERS, fosse das reclamações ou outras exposições subscritas pelos utentes a respeito da potencial violação dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS, juntamente, com qualquer informação ou esclarecimento considerado pertinente por parte do prestador reclamado; fossem ainda as informações, de periodicidade trimestral e até ao final do ano de 2012, sobre o estádio de implementação do sistema CTH e dos locais nos quais a sua implementação não se encontrasse concluída, com indicação das respetivas razões.

Assim, e não obstante as deliberações finais de arquivamento nos processos já mencionados, julgou-se adequado o acompanhamento futuro da implementação e aplicação da CTH pelos estabelecimentos hospitalares do SNS, atentas, por um lado,

as conclusões entretanto repetidas no texto da recomendação e, por outro lado, as diferenças assinaláveis entre aqueles diversos estabelecimentos prestadores no que respeita a estádios de implementação, procedimentos seguidos, orientações emitidas e interiorização da legislação aplicável.

Para tanto, foi determinada a abertura do PMT/021/12 que visou, em suma, acompanhar a implementação e aplicação da CTH pelos estabelecimentos prestadores hospitalares, bem como fomentar o desenvolvimento de mecanismos de análise e de tratamento da informação relativa aos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar. Foi igualmente determinada a abertura do PMT/022/12 que visou especificamente a monitorização do cumprimento e procedimentos adotados no âmbito da recomendação.

Posteriormente, e após o decurso de um ano de monitorização, foi publicado um relatório[17] sobre os desenvolvimentos dos trabalhos realizados pela ERS entre 2012 e 2013, no âmbito dos referidos processos de monitorização, que incluem globalmente (i) uma análise dos relatórios trimestrais remetidos pelos estabelecimentos prestadores hospitalares sobre os TMRG observados nas primeiras consultas de especialidade hospitalar; (ii) o acompanhamento dos constrangimentos identificados pelos estabelecimentos prestadores primários e hospitalares, pelas ARS e pela ACSS na implementação do sistema CTH; (iii) as fiscalizações aos prestadores de cuidados de saúde do SNS; e (iv) a apreciação das reclamações/exposições dos utentes e respetivas respostas dos estabelecimentos prestadores, a respeito da temática do incumprimento dos TMRG.

Foi objetivo de tal relatório apresentar um ponto de situação da monitorização e definir, com base nas suas conclusões, a atuação regulatória futura no âmbito dos já mencionados PMT.

Marcação e realização de cirurgias programadas, no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

Também a temática do SIGIC tem sido analisada pela ERS que tomado conhecimento de distintos problemas relacionados com o funcionamento do SIGIC.

[17] O relatório foi publicado em www.ers.pt, em 24 de setembro de 2013, sob a designação de "Relatório dos Processos de Monitorização e Atuação Regulatória Futura para a Garantia do Cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos – PMT/021/12 e PMT/022/12".

Nesse âmbito, refira-se, como exemplo, a recomendação emitida à ACSS e à ARS do Centro, em 14 de fevereiro de 2014, no âmbito do processo de inquérito ERS/058/13, e, ainda, uma outra recomendação à mesma ACSS e à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, em 4 de julho de 2014, no âmbito do processo de inquérito ERS/093/13. Posteriormente, foi elaborado pela ERS o estudo intitulado "Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia no SNS"[18], que visou a avaliação do acesso, da concorrência e da qualidade dos cuidados cirúrgicos no SNS, e que, a final, permitiu a emissão de uma outra recomendação a todos os prestadores de cuidados de saúde hospitalares.

Esta última recomendação pretendeu, por um lado, reiterar o teor das já mencionadas intervenções regulatórias e, adicionalmente, recomendou à ACSS que (i) garantisse aos utentes o acesso, a todo o tempo, junto da UHGIC do seu hospital e a seu pedido, aos dados que lhe respeitem registados na LIC; que (ii) disponibilizasse a informação atualizada, no sítio da internet da ACSS e/ou no Portal da Saúde, sobre a lista de prestadores convencionados no âmbito do SIGIC, por forma a dotar os utentes de informação que favoreça o exercício da liberdade de escolha; que (iii) fizesse constar do vale cirurgia informação ao utente sobre a liberdade de escolher qualquer prestador do SNS ou convencionado que preste os cuidados de que necessita e esteja disponível; e, ainda (iv) informação mais clara e precisa quanto ao tempo médio de espera do procedimento em concreto, em cada prestador identificado, assim substituindo a informação genérica que atualmente consta do vale cirurgia relativa ao tempo médio de espera por prestador.

[18] O estudo foi publicado em 29 de setembro de 2014, e pode ser consultado no *website* da ERS, em www.ers.pt.

3. Acesso

O acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido seja qual for a condição económica de quem dos mesmos necessite, daí decorrendo todo o quadro conformador da mera moderação no acesso aos cuidados de saúde decorrente das taxas moderadoras. O acesso aos cuidados de saúde deve ser avaliado, no mínimo, numa ótica geográfica e temporal. Tendo presente que numa vertente geográfica o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, tal análise pode ainda desdobrar-se nas dimensões de proximidade e capacidade.

Na dimensão da proximidade considera-se a adequação entre a distribuição geográfica dos estabelecimentos e dos utentes, em termos de distância ou tempo de viagem entre os locais onde se encontram os utentes e os estabelecimentos. Por seu turno, a dimensão da capacidade avalia a cobertura das redes de serviços em termos de volume de recursos; no caso considerou-se o número de profissionais, médicos e enfermeiros, por cada 1.000 habitantes residentes.

Por outro lado, e numa perspetiva temporal, o acesso surge associado à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil. Uma forma de avaliar a aplicabilidade deste conceito consiste em analisar se os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde estão a cumprir os TMRG[19].

A metodologia da avaliação do acesso nas ULS que serviu de base ao presente estudo, e que de seguida se apresenta, tem em consideração a análise dos indicadores de proximidade, de capacidade e da análise temporal, comparando-se a realidade dos estabelecimentos integrados em ULS com a dos estabelecimentos não integrados neste modelo de organização de cuidados.

3.1. Descrição da oferta e análise da proximidade

Na presente secção são identificados os prestadores integrados nas ULS, numa ótica de localização geográfica com respeito ao concelho ao qual pertence cada estabelecimento, tendo em consideração a divisão do território continental por ARS.

[19] A Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, estabelece os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência designadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, MCDT e cirurgia programada.

Atualmente existem oito ULS que, na sua maioria, se situam no interior do país (como se pode observar na figura 2).

Figura 2 – ULS em Portugal Continental

A informação constante na tabela *infra* e a descrita no anexo III foi consultada no SRER (Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados) da ERS, no *website* de cada uma das ULS e no *website* do Ministério da Saúde (Portal da Saúde). Na tabela que de seguida se apresenta é resumido o número de prestadores, por ARS, e por tipo de cuidados de saúde. Constata-se que as ARS Norte e Alentejo têm três ULS e a ARS Centro duas. Relativamente aos cuidados de saúde hospitalares verifica-se que na ARS Norte existem seis hospitais integrados em ULS, três na ARS Centro e cinco na ARS Alentejo. Nos cuidados de saúde primários considerou-se os centros de saúde e respetivas extensões e as Unidades de Saúde Familiares (USF). Verifica-se, assim, que na ARS Norte existem 182 prestadores de cuidados de saúde primários, na ARS Centro 174 e na ARS Alentejo 227, integrados em ULS.

Tabela 2 – Número de prestadores por ARS e por tipo de cuidados integrados em ULS[20]

ARS	ULS	Unidades hospitalares	Unidades de cuidados primários
Norte	**3**	**6**	**182**
ULSM		1	26
ULSAM		2	58
ULSN		3	98
Centro	**2**	**3**	**174**
ULSG		2	88
ULSCB		1	86
LVT	-	-	-
Alentejo	**3**	**5**	**227**
ULSNA		2	94
ULSBA		2	83
ULSLA		1	50
Algarve	-	-	-
Total	**8**	**14**	**583**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Portal da Saúde.

Descrita a oferta e apresentada a sua localização por ARS, de seguida é avaliada a proximidade dos utentes residentes, em Portugal Continental, por referência geográfica aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários, aqui contemplados os centros de saúde e respetivas extensões e as USF, e considerada a sua integração, ou não, em ULS.

A propósito da presente análise da proximidade, recorde-se que o modelo das ULS, de integração vertical, reconhece a relevância de um sistema de saúde assente numa estrutura estratificada e piramidal, e, nesse sentido, a essencialidade de os cuidados primários se assumirem como uma resposta primeira, mais próxima das populações e com as funções designadamente, de rastreio, e eventual referenciação para os cuidados mais diferenciados. Nessa medida, deve o primeiro nível funcionar e atuar, seja por si, seja de forma interligada e sistemática com os demais níveis de natureza hospitalar.

No sentido de melhor se perceber o comportamento das ULS nesta vertente, a dos cuidados primários, e melhor avaliar o acesso à rede de centros de saúde, recupera-se aqui o "Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS" realizado

[20] No anexo II do presente Estudo.

pela ERS em 2008[21], onde se incluiu a estimação da população que reside a uma distância suficientemente próxima de, pelo menos, um ponto da rede, bem como a análise da densidade da rede de centros de saúde e suas extensões em cada região. Simularam-se áreas de captação de 30 minutos (tempo de viagem em estrada) em torno dos pontos da rede. A opção pelos 30 minutos justificou-se por ser este o padrão de distância em tempo de viagem até aos serviços, recomendado para cuidados primários pelo GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee).[22] Como se verificou naquele estudo, a quase totalidade do território continental estava a menos de 30 minutos de um centro de saúde ou extensão. A população residente não coberta pelas áreas de captação não chegava a representar 0,1% da população de Portugal Continental.

Assim, considerando que já em 2008 a quase totalidade da população se encontrava abrangida pelo menos por um prestador de cuidados de saúde primários até 30 minutos, definiu-se para a presente análise um critério mais exigente, ou seja, tempos de viagem em estrada de 15 minutos para a caraterização da dimensão geográfica do acesso.

De acordo com a tabela *infra* e numa vertente nacional, constata-se que 11,5% do total da população de Portugal Continental se encontra abrangida por uma ULS, tendo a ARS Alentejo mais de metade da população abrangida por estabelecimentos integrados em ULS.

Quanto à cobertura populacional dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários pertencentes às ULS, verifica-se que 1.145.904 habitantes são abrangidos por ULS, estando 92,8% destes cobertos pelas áreas de abrangência até 15 minutos de viagem em estrada. Os restantes 8.830.745 habitantes encontram-se em áreas não abrangidas por ULS, e destes 94,3% residem a uma distância/tempo inferior a 15 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento de cuidados de saúde primários.

Numa vertente regional, a cobertura populacional não varia de uma forma acentuada entre cada uma das ARS, com exceção da ARS Alentejo que, ainda assim, exibe uma cobertura de 83,3% do total da população dessa região abrangida por ULS e com a ARS Algarve com 84,6% do total da população não abrangida por ULS, por áreas de 15 minutos.

---

[21] Disponível em www.ers.pt.

[22] Veja-se, por exemplo, Fortney, J. et al. (2000), "Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services", *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1:2, pp. 173-184.

Em suma, o grau de proximidade da rede de cuidados de saúde primários às populações é similar em áreas de ULS e não ULS.

Tabela 3 – Cobertura populacional dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários, integrados e não integrados em ULS[23] [24]

ARS	População coberta por ULS		População residente a ≤ 15 minutos da oferta		População não coberta por ULS		População residente a ≤ 15 minutos da oferta	
	Nr.º	% da população da ARS	Nr.º	% da população coberta	Nr.º	% da população por ARS	Nr.º	% da população coberta
Norte	557.920	15,2%	541.756	97,1%	3.108.314	84,8%	2.965.617	95,4%
Centro	250.217	14,6%	240.035	95,9%	1.462.667	85,4%	1.396.192	95,5%
LVT		0,0%			3.651.394	100,0%	3.448.531	94,4%
Alentejo	337.767	67,3%	281.206	83,3%	163.980	32,7%	141.220	86,1%
Algarve		0,0%			444.390	100,0%	376.158	84,6%
Nacional	**1.145.904**	**11,5%**	**1.062.997**	**92,8%**	**8.830.745**	**88,5%**	**8.327.718**	**94,3%**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do INE.

Analisando com mais detalhe a cobertura populacional dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários integrados em ULS, verifica-se que as ULS do Alto Minho, de Matosinhos, e de Castelo Branco têm a totalidade da população a residir a uma distância/tempo inferior a 15 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento de cuidados de saúde primários. Verifica-se também que a ULS do Nordeste exibe uma percentagem de 88,5%, a ULS da Guarda de 92,9%, a ULS do Norte Alentejano de 94,2%, a ULS do Baixo Alentejo de 83,9%, e a ULS do Litoral Alentejano de 69,4% do total da população a uma distância/tempo inferior a 15 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento de cuidados de saúde primários.

[23] Os concelhos que, de acordo com a análise realizada, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 15 minutos de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários integrados em ULS são: Miranda do Douro e Vinhais, na ARS Norte, Almeida e Manteigas, na ARS Centro, e Marvão, Monforte, Moura, Ourique e Santiago do Cacém, na ARS Alentejo.

[24] Os concelhos que, de acordo com a análise realizada, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 15 minutos de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários não integrados em ULS são: Amarante e Paredes, na ARS Norte, Arganil e Pombal, na ARS Centro, Cadaval, Ourém, Palmela e Torres Vedras, na ARS Lisboa e Vale do Tejo, Alandroal e Montemor-o-Novo, na ARS Alentejo, e Monchique, Silves e Tavira, na ARS Algarve.

Tabela 4 – Cobertura populacional dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários integrados em ULS

ULS	População coberta por ULS	População residente a ≤ 15 minutos da oferta	
	Nr.º	Nr.º	%
ULS da ARS Norte	557.920	541.756	97,1%
Alto Minho	242.159	242.159	100,0%
Matosinhos	175.321	175.321	100,0%
Nordeste	140.440	124.276	88,5%
ULS da ARS Centro	250.217	240.035	95,9%
Guarda	144.273	134.091	92,9%
Castelo Branco	105.944	105.944	100,0%
ULS da ARS Alentejo	337.767	281.206	83,3%
Norte Alentejano	115.663	108.965	94,2%
Baixo Alentejo	124.690	104.660	83,9%
Litoral Alentejano	97.414	67.581	69,4%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do INE.

Conclui-se que somente em duas regiões de saúde, as ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, não existe o modelo de ULS. Por outro lado, e consideradas as demais regiões nas quais se optou pelo modelo das ULS, a ARS Norte detém um maior número de prestadores de cuidados de saúde hospitalares e a ARS Alentejo o maior número de estabelecimentos de cuidados de saúde primários.

Da análise da proximidade à rede de cuidados de saúde primários verifica-se que 7,2% da população que se encontra abrangida por ULS se localiza a mais de 15 minutos de viagem de um prestador de cuidados de saúde primários (centros de saúde e respetivas extensões e USF), com a ARS Alentejo a exibir a percentagem mais elevada, de 16,7%, não obstante ser esta a região que, apresenta o maior número de estabelecimentos de cuidados de saúde primários integrados em ULS. Esta situação poderá ser explicada pelo facto de os estabelecimentos de cuidados de saúde primários não se encontrarem distribuídos pela área de abrangência das ULS alentejanas de forma a maximizar a proximidade às populações.

A população não abrangida por ULS que se localiza a mais de 15 minutos de viagem de um prestador de cuidados de saúde primários é de 5,7%, sendo esta inferior em 1,5 pontos percentuais relativamente à população abrangida por cuidados de saúde primários integrados em ULS.

Finalmente importa ainda realçar que, em média, as ULS não proporcionam melhor acessibilidade geográfica, mas esta situação esconde duas realidades regionais distintas: na ARS Norte, as ULS proporcionam melhor acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde primários do que aquela que existe fora das ULS, mas na ARS Alentejo já se verifica uma situação contrária.

3.2. Análise da capacidade

Na presente secção analisa-se a capacidade considerando os recursos humanos, médicos e enfermeiros, por 1.000 habitantes residentes. Na avaliação da capacidade foram construídos três indicadores: o rácio entre o total de recursos humanos (médicos e enfermeiros) por 1.000 habitantes; o rácio entre o número de médicos por 1.000 habitantes; e o rácio entre o número de enfermeiros por 1.000 habitantes. Cada um destes indicadores é avaliado considerando separadamente os cuidados de saúde primários e hospitalares.

Os indicadores permitem analisar a cobertura de profissionais de saúde face à população residente, traduzindo a capacidade de resposta do sistema integrado das ULS às possíveis necessidades da população. Para melhor avaliação, comparou-se os indicadores de capacidade obtidos das ULS com a realidade existente dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não integrados em ULS.

Através da análise da tabela *infra*, constata-se que o rácio a nível nacional dos recursos humanos, médicos e enfermeiros, pela população coberta por ULS nos cuidados de saúde hospitalares é de 4,27 por 1.000 habitantes residentes, inferior ao rácio de 5,21 observado na população não coberta por ULS, e ao rácio a nível nacional de 5,10.

Numa análise por ULS, destacam-se a ULS Matosinhos e a ULS Baixo Alentejo por exibirem rácios mais elevados entre todas as ULS. As razões deste resultado são idênticas de acordo com a região em que as ULS se situam, isto é, os rácios são justificados por um número de recursos humanos (médicos e enfermeiros) elevado em relação à população residente. Na ARS Norte, a ULS Matosinhos é a que exibe uma maior disponibilidade relativa de recursos humanos e na ARS Alentejo é a ULS Baixo Alentejo. Por sua vez, a ULS que apresenta um rácio inferior é a ULS Litoral Alentejano.

Tabela 5 – Rácio de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes residentes nos cuidados de saúde hospitalares

Região	Rácio de médicos e enfermeiros por população coberta por ULS	Rácio de médicos e enfermeiros por população não coberta por ULS	Rácio de médicos e enfermeiros por total da população
ARS Norte	**4,73**	**4,38**	**4,43**
ULS Alto Minho	3,98		3,98
ULS Matosinhos	6,19		6,19
ULS Nordeste	4,19		4,19
ARS Centro	**3,97**	**7,10**	**6,65**
ULS Guarda	3,78		3,78
ULS Castelo Branco	4,24		4,24
ARS LVT		**5,28**	**5,28**
ARS Alentejo	**3,75**	**4,37**	**3,95**
ULS Norte Alentejano	3,74		3,74
ULS Baixo Alentejo	4,53		4,53
ULS Litoral Alentejano	2,74		2,74
ARS Algarve		**4,58**	**4,58**
Nacional	**4,27**	**5,21**	**5,10**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SRER e do INE.

Observado agora o rácio de médicos nos cuidados de saúde hospitalares por 1.000 habitantes residentes, percebe-se que as conclusões a nível das ARS vão ao encontro das já extraídas anteriormente. Numa análise por ULS, destaca-se a ULS Matosinhos por apresentar o rácio mais elevado entre ULS e dos rácios calculados para a população a nível nacional abrangida ou não por ULS. Por sua vez, a ULS que apresenta um rácio inferior continua a ser a ULS Litoral Alentejano.

Tabela 6 – Rácio de médicos por 1000 habitantes residentes nos cuidados de saúde hospitalares

Região	Rácio de médicos por população coberta por ULS	Rácio de médicos por população não coberta por ULS	Rácio de médicos pelo total população
ARS Norte	1,81	1,71	**1,72**
ULS Alto Minho	1,54		1,54
ULS Matosinhos	2,87		2,87
ULS Nordeste	0,95		0,95
ARS Centro	0,96	2,59	**2,35**
ULS Guarda	0,87		0,87
ULS Castelo Branco	1,09		1,09
ARS LVT		2,10	**2,10**
ARS Alentejo	0,98	1,51	**1,15**
ULS Norte Alentejano	0,77		0,77
ULS Baixo Alentejo	1,51		1,51
ULS Litoral Alentejano	0,54		0,54
ARS Algarve		1,39	**1,39**
Nacional	**1,38**	**1,99**	**1,92**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SRER e do INE.

Vista a tabela 7, destacam-se a ULS Matosinhos e a ULS Nordeste por exibirem rácios de enfermeiros por 1.000 habitantes mais elevados quer do que os rácios verificados nas restantes ULS, quer do que os rácios calculados para a população a nível nacional abrangida, ou não, por ULS.

Tabela 7 – Rácio de enfermeiros por 1.000 habitantes residentes nos cuidados de saúde hospitalares

Região	Rácio de enfermeiros por população coberta por ULS	Rácio de enfermeiros por população não coberta por ULS	Rácio de enfermeiros pelo total população
ARS Norte	2,92	2,67	2,71
ULS Alto Minho	2,44		2,44
ULS Matosinhos	3,32		3,32
ULS Nordeste	3,23		3,23
ARS Centro	3,01	4,52	4,30
ULS Guarda	2,91		2,91
ULS Castelo Branco	3,15		3,15
ARS LVT		3,18	3,18
ARS Alentejo	2,77	2,86	2,80
ULS Norte Alentejano	2,97		2,97
ULS Baixo Alentejo	3,02		3,02
ULS Litoral Alentejano	2,20		2,20
ARS Algarve		3,19	3,19
Nacional	**2,89**	**3,22**	**3,18**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SRER e do INE.

Agora, considerados os recursos humanos nos cuidados primários, verifica-se que, a nível nacional, o rácio dos recursos humanos (médicos e enfermeiros) por população coberta por ULS é de 1,98 por 1.000 habitantes residentes, superior ao rácio de 1,37, observado pela população não coberta por ULS e ao rácio a nível nacional de 1,44. Numa análise por região de saúde, a ARS Alentejo exibe um rácio superior de 2,25, seguida pela ARS Centro, com 1,83, pela ARS Norte, com 1,34, pela ARS Algarve, com 1,43. Além do mais é a ARS Lisboa e Vale do Tejo que apresenta um rácio inferior de 1,26 por 1.000 habitantes residentes.

Numa análise por ULS, verifica-se que a ULS Guarda, a ULS Castelo Branco e a ULS Norte Alentejano são as que apresentam os rácios mais baixos relativamente às restantes ULS e ao rácio nacional relativo à população coberta por ULS.

Tabela 8 – Rácio de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes residentes nos cuidados de saúde primários

Região	Rácio de médicos e enfermeiros por população coberta por ULS	Rácio de médicos e enfermeiros por população não coberta por ULS	Rácio de médicos e enfermeiros por total da população
ARS Norte	2,33	1,16	1,34
ULS Alto Minho	2,58		2,58
ULS Matosinhos	2,01		2,01
ULS Nordeste	2,29		2,29
ARS Centro	0,89	1,99	1,83
ULS Guarda	0,26		0,26
ULS Castelo Branco	1,74		1,74
ARS LVT		1,26	1,26
ARS Alentejo	2,22	2,32	2,25
ULS Norte Alentejano	1,93		1,93
ULS Baixo Alentejo	2,33		2,33
ULS Litoral Alentejano	2,43		2,43
ARS Algarve		1,43	1,43
Nacional	**1,98**	**1,37**	**1,44**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SRER e do INE.

O rácio nacional de médicos nos cuidados de saúde primários, por total da população, é de 0,70 por 1.000 habitantes residentes, superior ao rácio observado pela população não coberta por ULS, com um rácio de 0,68, e inferior ao rácio pela população coberta por ULS de 0,90. Numa análise por região de saúde, verifica-se que a ARS Centro exibe o maior rácio, com 0,90, seguida pela ARS Alentejo, com 0,88, pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, com 0,67, pela ARS Norte com 0,64 e a ARS que apresenta um rácio inferior é a ARS Algarve com 0,62 por 1.000 habitantes residentes.

Numa análise por ULS, verifica-se que a ULS Nordeste, ULS Guarda, ULS Castelo Branco, a ULS Norte Alentejano e a ULS Baixo Alentejo são as que apresentam os rácios mais baixos relativamente aos rácios apresentados pelas restantes ULS e ao rácio nacional relativo à população coberta por ULS.

Tabela 9 – Rácio de médicos por 1000 habitantes residentes nos cuidados de saúde primários

Região	Rácio de médicos por população coberta por ULS	Rácio de médicos por população não coberta por ULS	Rácio de médicos por total da população
ARS Norte	1,17	0,54	0,64
ULS Alto Minho	1,47		1,47
ULS Matosinhos	0,99		0,99
ULS Nordeste	0,86		0,86
ARS Centro	0,40	0,98	0,90
ULS Guarda	0,17		0,17
ULS Castelo Branco	0,71		0,71
ARS LVT		0,67	0,67
ARS Alentejo	0,83	0,98	0,88
ULS Norte Alentejano	0,71		0,71
ULS Baixo Alentejo	0,84		0,84
ULS Litoral Alentejano	0,96		0,96
ARS Algarve		0,62	0,62
Nacional	**0,90**	**0,68**	**0,70**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SRER e do INE.

O rácio nacional de enfermeiros nos cuidados de saúde primários, por total da população, é de 0,74 por 1.000 habitantes residentes, superior ao rácio de 0,69 observado pela população não coberta por ULS e inferior ao rácio pela população coberta por ULS de 1,08. Numa análise por região de saúde, verifica-se que a ARS Alentejo exibe o maior rácio, com 1,37, seguida pela ARS Centro, com 0,93, pela ARS Algarve, com 0,81, pela ARS Norte com 0,70 e a ARS. O rácio inferior é exibido pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, com 0,59 por 1.000 habitantes residentes.

Numa análise por ULS, verifica-se que a ULS Matosinhos, a ULS Guarda, e a ULS Castelo Branco são as que apresentam os rácios mais baixos relativamente às restantes ULS e ao rácio nacional relativo à população coberta por ULS.

Tabela 10 – Rácio de enfermeiros por 1.000 habitantes residentes nos cuidados de saúde primários

Região	Rácio de enfermeiros por população coberta por ULS	Rácio de enfermeiros por população não coberta por ULS	Rácio de enfermeiros por total da população
ARS Norte	1,16	0,62	0,70
ULS Alto Minho	1,11		1,11
ULS Matosinhos	1,02		1,02
ULS Nordeste	1,43		1,43
ARS Centro	0,49	1,01	0,93
ULS Guarda	0,09		0,09
ULS Castelo Branco	1,03		1,03
ARS LVT	-	0,59	0,59
ARS Alentejo	1,39	1,34	1,37
ULS Norte Alentejano	1,22		1,22
ULS Baixo Alentejo	1,48		1,48
ULS Litoral Alentejano	1,47		1,47
ARS Algarve	-	0,81	0,81
Nacional	**1,08**	**0,69**	**0,74**

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SRER e do INE.

Conclui-se que no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares, e considerados os rácios em conjunto e em separado, dos médicos e enfermeiros no total da população, a ARS Centro apresenta os valores mais elevados, o que poderá revelar um melhor acesso numa ótica da capacidade da rede de cuidados. A nível nacional, as áreas abrangidas por ULS exibem rácios inferiores aos verificados nas áreas não abrangidas pelas ULS. Verifica-se, todavia, uma realidade distinta entre ULS: Matosinhos apresenta os melhores indicadores de capacidade e, por sua vez, Litoral Alentejano os piores rácios de capacidade.

Nos cuidados de saúde primários, globalmente as ARS Centro e Alentejo, apresentaram os rácios mais elevados, o que poderá revelar um melhor acesso numa ótica de capacidade. A nível nacional, a população abrangida por uma ULS exibiu um rácio superior ao verificado pela população não abrangida pelas ULS e pela população total, o que poderá revelar um melhor acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários. A ULS Alto Minho apresenta o melhor rácio e a ULS Guarda o pior rácio relativamente aos médicos, por sua vez a ULS Baixo Alentejo exibe o melhor rácio e a ULS Guarda o pior rácio relativamente aos enfermeiros.

3.3. Análise da dimensão temporal do acesso

Na presente secção consideram-se dois indicadores com o objetivo de se avaliar o acesso dos utentes numa ótica temporal. Os indicadores consistem no tempo médio de espera dos episódios operados e na percentagem de episódios operados com tempo de espera superior ao TMRG face ao total de episódios operados.[25] Importa referir que ambos os indicadores são relativos ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde prestados em cirurgia no SNS e encontram-se abrangidos pelo SIGIG[26].

Para o indicador relativo ao tempo médio de espera dos episódios operados, consideram-se os resultados obtidos pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, integrados e não integrados em ULS, entre 2010 e 2013. Para se avaliar se existem diferenças estatísticas na realização de cirurgias entre hospitais integrados e não integrados em ULS, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, na medida em que os dados provêm de amostras independentes de populações (como é o caso de ser ou não integrados em ULS), e devido ao facto de este teste não exigir que as variáveis sigam uma distribuição normal[27]. No teste é assumido na hipótese nula que a variável é igual nos dois grupos (neste caso, hospitais integrados e não integrados em ULS) e, na hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os dois grupos.

A amostra recolhida é constituída por oito estabelecimentos integrados em ULS e 32 estabelecimentos não integrados, entre 2010 e 2013. Através da análise da tabela *infra*, constata-se que os hospitais integrados em ULS viram o seu tempo médio de espera dos episódios operados aumentar entre 2010 a 2012 e diminuir em 2013. Por sua vez, os hospitais não integrados em ULS diminuíram o tempo médio de espera dos episódios operados, entre 2010 e 2011, aumentaram entre 2011 e 2012 e diminuíram entre 2012 e 2013, embora neste caso as oscilações tenham sido de amplitude diminuta. Em todos os anos da análise, e através do teste Mann-Whitney, concluiu-se pela não rejeição da hipótese nula, o que significa que o tempo médio de

[25] Entende-se por episódios operados o número de cirurgias realizadas.
[26] A ERS elaborou um estudo intitulado "Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia no SNS", onde procedeu à avaliação do acesso, da concorrência e da qualidade dos cuidados cirúrgicos no SNS, publicado em setembro de 2014, e disponível no *website* da ERS em www.ers.pt.
[27] Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. O tempo médio de espera dos episódios operados, em cada ano, exibiu um $p < 0{,}05$, pelo que se rejeitou a hipótese nula, logo as variáveis não seguem uma distribuição normal.

espera dos episódios operados é independente do estabelecimento estar ou não integrado em ULS.

Tabela 11 – Tempo médio de espera dos episódios operados, em meses

Indicador	Integração em ULS	2010		2011		2012		2013	
		Média	Mann-Whitney (p-value)	Média	Mann-Whitney (p-value)	Média	Mann-Whitney (p-value)	Média	Mann-Whitney (p-value)
Tempo médio de espera dos episódios operados	Sim	2,748	111,000 (0,365)	2,865	99,000 (0,201)	3,199	78,000 (0,053)	3,049	85,000 (0,089)
	Não	2,644		2,609		2,643		2,642	

Nota: na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da estatística do teste sobre a diferença das médias. *Nível de significância p < 0.05; ** Nível de significância p < 0.01; ***Nível de significância p < 0.001.

Para o indicador relativo à percentagem de episódios operados com tempo de espera superior ao TMRG[28] face ao total de operados, consideram-se os dados dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, integrados e não integrados em ULS, entre 2010 a 2013. Para se avaliar se existem diferenças estatísticas na realização de cirurgias entre hospitais integrados e não integrados em ULS, recorreu-se novamente ao teste de Mann-Whitney (ver a explicação descrita na análise anterior).

Considerando a mesma amostra da análise anterior, verificou-se entre 2011 e 2013 um aumento da percentagem de episódios de cirurgia com tempo de espera superior ao TMRG, tanto nos estabelecimentos integrados como nos não integrados em ULS, apresentando estes últimos uma percentagem superior. Vistos todos os anos em análise, e através do teste Mann-Whitney, concluiu-se pela não rejeição da hipótese nula, o que significa que o número de operados com tempo de espera superior ao TMRG é independente do estabelecimento estar ou não integrado em ULS. Haverá assim outras condicionantes que poderão explicar de uma forma mais robusta o que contribui para que o número de operados ultrapasse os TMRG, como por exemplo, os recursos humanos disponíveis e a procura efetiva.

[28] Cfr. definição dos tempos máximos na Portaria n.º 1529/2008, 26 de dezembro.

Tabela 12 – Percentagem de episódios operados com tempo de espera superior ao TMRG

Indicador	Integração em ULS	2010		2011		2012		2013	
		%	Mann-Whitney (p-value)	%	Mann-Whitney (p-value)	%	Mann-Whitney (p-value)	%	Mann-Whitney (p-value)
% de operados com tempo de espera superior ao TMRG	Sim	6,8%	114,000 (0,636)	6,3%	113,000 (0,612)	7,5%	127,000 (0,973)	6,5%	103,000 (0,398)
	Não	7,6%		7,6%		8,0%		8,3%	
	Total	7,5%		7,4%		7,9%		7,9%	

Nota: na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da estatística do teste. *Nível de significância p < 0.05; ** Nível de significância p < 0.01; ***Nível de significância p < 0.001.

Conclui-se, assim, que na análise da perspetiva temporal do acesso a cirurgias, em termos médios, não se encontra diferenças significativas entre estabelecimentos integrados em ULS e não integrados. No entanto, verifica-se nos dois tipos de unidades uma tendência de aumento da percentagem de episódios operados com tempo de espera superior ao TMRG.

4. Qualidade

No presente capítulo aborda-se a questão da qualidade, em sentido lato, dos prestadores de cuidados de saúde com internamento, através da análise dos resultados do SINAS@Hospitais ao nível de quatro dimensões: a "Excelência Clínica", a "Segurança do Doente", a "Adequação e Conforto das Instalações e a "Focalização no Utente". Em cada dimensão, o foco é colocado na comparação dos resultados obtidos pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS integrados e não integrados em ULS.

De seguida, identificam-se os principais constrangimentos reportados pelos utentes à ERS no âmbito da sua atividade regulatória. Para tal, considera-se a análise das queixas e reclamações que foram trazidas ao conhecimento da ERS, seja pelo próprio utente ou exponente, seja ainda através de distintas entidades integradas no sistema de saúde. E, por último, analisa-se as reclamações inseridas no Sistema SIM-Cidadão gerido pela Direção Geral da Saúde (DGS). Em ambas as análises, compara-se a realidade em estabelecimentos integrados e não integrados em ULS.

4.1. Avaliação dos prestadores no SINAS

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, desenvolvido pela ERS, que inclui um módulo dedicado à avaliação dos prestadores de cuidados de saúde com internamento: o SINAS@Hospitais[29]. Sendo o SINAS vocacionado para a avaliação individual dos prestadores em diversas dimensões da qualidade, neste estudo recorreu-se aos resultados produzidos neste módulo para se aferir da qualidade dos estabelecimentos de cuidados de saúde hospitalares integrados em ULS, e comparar tais avaliações com as dos estabelecimentos não pertencentes a este modelo de integração. O SINAS@Hospitais assenta numa avaliação multidimensional da qualidade global dos serviços de saúde, cobrindo atualmente as dimensões de "Excelência Clínica", "Segurança do Doente", "Adequação e Conforto das Instalações" e "Focalização no Utente". Assim, na comparação dos estabelecimentos integrados e não integrados em ULS, foram

[29] Todas as informações relativas aos SINAS, bem como à classificação dos prestadores já avaliados, a título voluntário, pode ser consultada em https://www.ers.pt/pages/265.

abrangidas todas as referidas dimensões, considerando-se os resultados da mais recente publicação do SINAS, de dezembro de 2014.

Num primeiro momento, teve-se em consideração a dimensão "Excelência Clínica" do SINAS@Hospitais, que visa avaliar a qualidade dos cuidados de saúde propriamente ditos a diversos níveis, como o do diagnóstico, dos procedimentos ou da profilaxia, tendo em concreto sido escolhidas as seguintes áreas para análise: enfarte agudo do miocárdio, cirurgia do cólon, histerectomias, acidente vascular cerebral, partos e cuidados pré-natais, artroplastias totais da anca e do joelho, tratamento cirúrgico da fratura proximal do fémur e cuidados neonatais. Considerou-se também as avaliações da área de Cirurgia em Ambulatório.[30]

Num segundo momento, foi avaliada a dimensão "Segurança do Doente", na qual o SINAS afere da existência e cumprimento de procedimentos e requisitos conducentes à melhoria crescente da qualidade dos serviços prestados, não avaliando a prática clínica na sua vertente técnica ou deontológica. Também não se pretende a avaliação de serviços ou departamentos dentro dos hospitais, dado que as patologias e os procedimentos analisados podem ser comuns a diferentes áreas.

Num terceiro momento, foi avaliada a dimensão "Focalização no Utente", na qual se abordam as práticas diárias, os processos e as relações entre os prestadores e seus utentes de forma a atingir as suas necessidades e expectativas.

Num quarto momento, foi avaliada a dimensão "Adequação e Conforto das Instalações", na qual o SINAS compreende aspetos relativos à segurança e ao conforto das instalações hospitalares. O principal objetivo é avaliar o grau de adequação à prestação de serviços de saúde dos espaços e equipamentos (não médicos) dos estabelecimentos hospitalares, e da sua gestão e manutenção. No que concerne ao item "conforto", contempla-se a área da chamada "hotelaria hospitalar", entendida como a reunião de serviços de apoio ao desempenho das funções principais de um hospital.

O modelo de avaliação do SINAS processa-se em dois níveis: no primeiro nível afere-se do cumprimento de critérios que a ERS considera essenciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, sendo a validação desse cumprimento demonstrada pela atribuição de uma estrela, e permitindo aos prestadores o acesso ao segundo nível de avaliação; este segundo nível, nas dimensões em que tal é

[30] No SINAS, a avaliação de cada procedimento ou área de procedimentos é feita com base em indicadores de processo e de resultado.

aplicável, comporta a atribuição de um nível de qualidade em escala de *rating* para cada um dos prestadores que demonstraram cumprir com os parâmetros de qualidade exigidos no primeiro nível.[31]

No presente estudo, relativamente aos resultados do primeiro nível de avaliação do SINAS, considerou-se a atribuição de estrela aos estabelecimentos do SNS integrados e não integrados em ULS, de modo a identificar se há diferenças significativas entre os dois grupos de prestadores. Para tal, aplicou-se o teste de Qui-quadrado como forma de averiguar a independência entre os dois grupos. No teste Qui-quadrado assume-se na hipótese nula que obter ou não estrela é independente de se ser ou não integrado em ULS, e na hipótese alternativa, a obtenção de estrela é dependente de se ser ou não um estabelecimento integrado em ULS.

No segundo nível de avaliação, a que só acedem os prestadores que tenham obtido estrela no primeiro nível, a publicação de resultados é realizada sob a forma de *rating* mostrando a distribuição dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde por níveis de qualidade (I, II e III). Nesse sentido, descrevem-se os resultados considerando esses níveis de qualidade e o *rating* médio dos estabelecimentos, distinguindo-se estabelecimentos integrados ou não em ULS, por forma a verificar se há diferenças significativas dos valores médios de *rating*. Para tal, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, na medida em que os dados provêm de amostras independentes de populações (como é o caso de ser ou não integrados em ULS), e devido a este teste não exigir que as variáveis sigam uma distribuição normal[32]. No teste é assumido na hipótese nula que a variável é igual entre grupos (neste caso entre ser ou não integrado em ULS), e na hipótese alternativa, a variável é diferentes entre os dois grupos.

Excelência Clínica

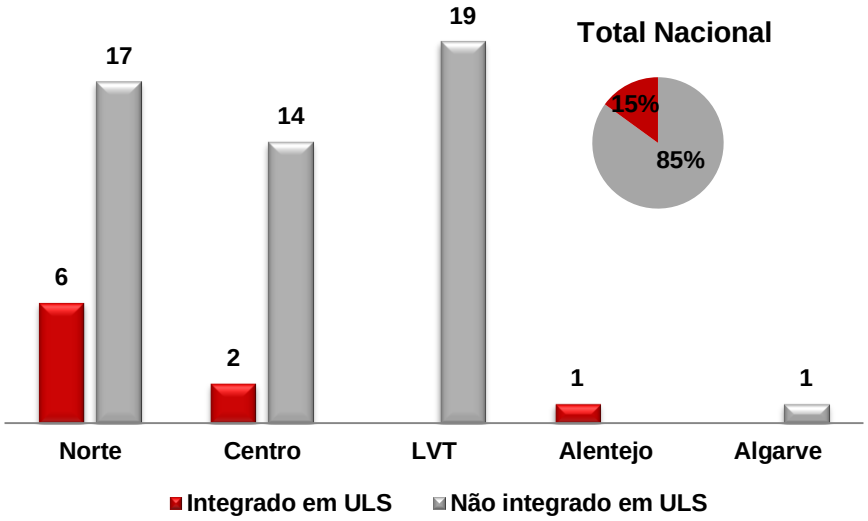
Em dezembro de 2014, a ERS publicou os resultados da avaliação da "Excelência Clínica" no âmbito do módulo SINAS@Hospitais, que servem de base à análise que

[31] Os dados que servem de base à avaliação são submetidos pelos prestadores sendo, pois, da sua exclusiva responsabilidade. No entanto, a ERS realiza auditorias sistemáticas a estabelecimentos selecionados aleatoriamente, com o intuito de verificar, *in loco*, a consistência da informação submetida.

[32] Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. Todos os *ratings* exibiram um $p < 0{,}05$, pelo que se rejeitou a hipótese nula, logo as variáveis não seguem uma distribuição normal.

seguidamente se apresenta[33]. Constata-se que dos 163 estabelecimentos considerados na avaliação, 91 pertencem ao SNS, dos quais 13 são estabelecimentos integrados em ULS e 78 não pertencem a este tipo de unidade integrada. Dos restantes 72 estabelecimentos, 45 são do sector privado e 27 do sector social. Assim, a amostra objeto de análise é constituída por 60 estabelecimentos, dos quais nove (15%) são integrados em ULS, em que seis são da ARS Norte, dois da ARS Centro e um da ARS Alentejo (ver gráfico *infra*).

Gráfico 1 – Caraterização da amostra na dimensão de "Excelência Clínica"



Na dimensão "Excelência Clínica" todos os estabelecimentos integrados em ULS obtiveram estrela, e dos estabelecimentos não integrados em ULS 96% obtiveram estrela. Através da análise do teste Qui-quadrado, concluiu-se pela não rejeição da hipótese nula, o que significa que a atribuição da estrela é independente do estabelecimento ser ou não integrado em ULS.

Tabela 13 – Resultados do primeiro nível de avaliação (estrela) em "Excelência Clínica"

Dimensão	Integração em ULS	Obtiveram estrela	Não obtiveram estrela	Qui-quadrado (*p-value*)
Excelência Clínica	Sim	100%	-	0,365 (0,546)
	Não	96%	4%	

Nota: Na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância $p < 0.05$; ** Nível de significância $p < 0.01$; ***Nível de significância $p < 0.001$.

[33] Todas as informações relativas aos SINAS, bem como à classificação dos prestadores já avaliados, a título voluntário, pode ser consultada em https://www.ers.pt/pages/265.

Na análise dos procedimentos, que de seguida se apresenta, foram considerados 9 estabelecimentos integrados em ULS e 49 estabelecimentos não integrados em ULS. Dos 58 integrados no SINAS@Hospitais, constatou-se que nem todos os estabelecimentos participaram na avaliação de todos os procedimentos. Os motivos da não participação podem englobar um conjunto de fatores como a não realização do procedimento, os prestadores não se terem voluntariado para a avaliação, os dados necessários para avaliação não terem sido entregues, o prestador estar a iniciar a avaliação, ou a existência de uma amostra não significativa de casos para avaliação. Na presente análise consideraram-se apenas as áreas com um número relevante de participantes.

Assim, na tabela seguinte apresenta-se para a área da Cirurgia de Ambulatório[34], e para os procedimentos de enfarte agudo do miocárdio[35] (área de Cardiologia), cirurgia do cólon[36] (área de Cirurgia Geral), histerectomias[37] (área de Ginecologia), acidente vascular cerebral[38] (área de Neurologia), partos e cuidados pré-natais[39] (área de Obstetrícia), artroplastias totais da anca e do joelho[40] (área de Ortopedia), tratamento cirúrgico da fratura proximal do fémur[41] (área de Ortopedia), e cuidados neonatais[42] (área de Pediatria), a distribuição dos prestadores avaliados pelos níveis de qualidade I, II e III. O nível III é revelador de maior qualidade no procedimento, e o *rating* médio dos estabelecimentos foi calculado considerando estabelecimentos integrados e não integrados em ULS. Por forma a verificar-se se há diferenças significativas entre os dois grupos de estabelecimentos ao nível dos valores médios de classificação no *rating*, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney.

Da análise realizada constata-se que nos procedimentos de artroplastias totais da anca e joelho, e de cuidados neonatais, as diferenças no *rating* médio dos hospitais

[34] Na análise consideraram-se 34 estabelecimentos dos quais seis integrados em ULS e os restantes 28 não pertencem a este modelo de integração.
[35] Na análise consideraram-se 27 estabelecimentos dos quais seis integrados em ULS e os restantes 21 não pertencem a este modelo de integração.
[36] Na análise consideraram-se 21 estabelecimentos dos quais quatro integrados em ULS e os restantes 17 não pertencem a este modelo de integração.
[37] Na análise consideraram-se 25 estabelecimentos dos quais cinco integrados em ULS e os restantes 20 não pertencem a este modelo de integração.
[38] Na análise consideraram-se 25 estabelecimentos dos quais sete integrados em ULS e os restantes 18 não pertencem a este modelo de integração.
[39] Na análise consideraram-se 23 estabelecimentos dos quais quatro integrados em ULS e os restantes 19 não pertencem a este modelo de integração.
[40] Na análise consideraram-se 32 estabelecimentos dos quais seis integrados em ULS e os restantes 26 não pertencem a este modelo de integração.
[41] Na análise consideraram-se 27 estabelecimentos dos quais cinco integrados em ULS e os restantes 22 não pertencem a este modelo de integração.
[42] Na análise consideraram-se 24 estabelecimentos dos quais quatro integrados em ULS e os restantes 20 não pertencem a este modelo de integração.

são no sentido de os integrados em ULS terem obtido melhores resultados. Em todos os restantes procedimentos e áreas, os hospitais não integrados em ULS obtiveram um *rating* médio superior. Todavia, importa destacar que de todas estas diferenças, apenas a dos resultados no procedimento do enfarte agudo do miocárdio tem significância estatística.

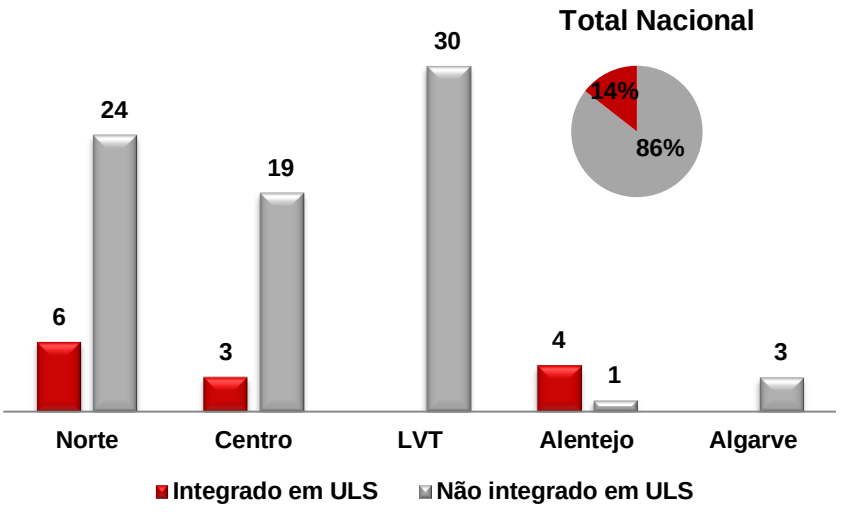
Tabela 14 – Resultados do segundo nível de avaliação (*rating*) em Excelência Clínica

Procedimentos	Participantes avaliados integrados em ULS	Nível de qualidade I	Nível de qualidade II	Nível de qualidade III	Média	Mann-Whitney (p-value)
Cirurgia de Ambulatório	Sim	2	-	4	2,333	79,000 (0,793)
	Não	1	10	17	2,571	
Enfarte agudo do miocárdio	Sim	4	2	-	1,333	29,000 (0,027)*
	Não	4	13	4	2,000	
Cirurgia do cólon	Sim	1	2	1	2,000	32,500 (0,872)
	Não	2	12	3	2,059	
Histerectomias	Sim	1	3	1	2,000	36,000 (0,302)
	Não	4	5	11	2,35	
Acidente vascular cerebral	Sim	2	3	2	2,000	53,000 (0,488)
	Não	1	12	5	2,222	
Partos e cuidados pré-natais	Sim	-	3	1	2,25	35,500 (0,799)
	Não	-	13	6	2,316	
Artroplastias totais da anca e do joelho	Sim	-	4	2	2,333	73,000 (0,757)
	Não	-	19	7	2,269	
Tratamento cirúrgico da fratura proximal do fémur	Sim	1	2	2	2,200	53,500 (0,914)
	Não	1	14	7	2,273	
Cuidados neonatais	Sim	-	4	-	2,2	36,000 (0,518)
	Não	2	18	-	1,9	

Nota: Na coluna Mann-Whitney está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância $p < 0.05$; ** Nível de significância $p < 0.01$; ***Nível de significância $p < 0.001$.

Nas dimensões de "Segurança do Doente" e na "Focalização no Utente", a amostra que será objeto de análise é constituída por 90 estabelecimentos do SNS, dos quais 13 (14%) encontram-se integrados em ULS, em destes seis são da ARS Norte, três da ARS Centro e quatro da ARS Alentejo (ver gráfico *infra*). Os restantes 77 estabelecimentos (86% dos 90 do SNS) não se encontram integrados em ULS.

Gráfico 2 – Amostra dos participantes nas dimensões de "Segurança do Doente" e "Focalização no Utente"



Segurança do Doente

Verifica-se que sete dos 13 estabelecimentos integrados em ULS participantes na avaliação desta dimensão do SINAS obtiveram a estrela (o que corresponde a 54%), e que dos estabelecimentos não integrados em ULS 86% obtiveram estrela na dimensão "Segurança do Doente". Através da análise do teste Qui-quadrado, concluiu-se pela rejeição da hipótese nula de os resultados serem iguais nos dois grupos de hospitais, o que significa que a atribuição da estrela dependente do estabelecimento se encontrar ou não integrado em ULS; no caso concreto, a probabilidade de obtenção de estrela nesta dimensão é maior nos estabelecimentos não pertencentes a ULS.

Tabela 15 – Resultados do primeiro nível de avaliação (estrela) na segurança do doente

Dimensão	Integração em ULS	Obtiveram estrela	Não obtiveram estrela	Qui-quadrado (*p-value*)
Segurança do doente	Sim	54%	46%	7,373 (0,007)**
	Não	86%	14%	

Nota: Na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância $p < 0.05$; ** Nível de significância $p < 0.01$; ***Nível de significância $p < 0.001$.

No que respeita ao segundo nível de avaliação, ao qual apenas acedem os prestadores que tenham obtido estrela no primeiro nível (neste caso, sete estabelecimentos integrados em ULS e 66 não pertencentes a ULS), verifica-se que

de entre os estabelecimentos integrados em ULS, cinco obtiveram o nível de qualidade II e dois o nível de qualidade III. Por sua vez, dos estabelecimentos não integrados em ULS, seis obtiveram nível de qualidade I, 16 o nível de qualidade II e 44 o nível de qualidade III. Conforme também se revela na tabela *infra*, não se verificam diferenças significativas entre os estabelecimentos integrados em ULS e não integrados em ULS, na dimensão "Segurança do Doente". Não obstante, embora não sendo estatisticamente significativa, pode notar-se que a diferença vai no sentido de os estabelecimentos não integrados em ULS terem melhores resultados.

Tabela 16 – Análise dos resultados do segundo nível de avaliação (*rating*) na segurança do doente

Integração em ULS	Nível de qualidade I	Nível de qualidade II	Nível de qualidade III	Média	Desvio-padrão	Mann-Whitney (*p-value*)
Sim	-	5	2	2,286	0,488	158,000 (0,108)
Não	6	16	44	2,576	0,658	

Nota: Na coluna Mann-Whitney está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância p < 0.05; ** Nível de significância p < 0.01; ***Nível de significância p < 0.001.

Focalização no utente

Através da análise da tabela *infra*, verifica-se que 11 em 13 estabelecimentos integrados em ULS participantes na avaliação desta dimensão do SINAS obtiveram estrela na dimensão "Focalização no utente" (o que corresponde a 85%), e que 63 dos 77 (correspondendo a 82%) dos estabelecimentos não integrados em ULS obtiveram estrela na dimensão em análise. Através da análise do teste Qui-quadrado, concluiu-se pela não rejeição da hipótese nula, o que significa que a atribuição da estrela é independente do estabelecimento estar ou não integrado em ULS.

Tabela 17 – Análise dos resultados do primeiro nível de avaliação (estrela) na "focalização no utente"

Dimensão	Integração em ULS	Obtiveram estrela	Não obtiveram estrela	Qui-quadrado (*p-value*)
Focalização no utente	Sim	85%	15%	0,060 (0,807)
	Não	82%	18%	

Nota: Na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância p < 0.05; ** Nível de significância p < 0.01; ***Nível de significância p < 0.001.

No que respeita ao segundo nível de avaliação, constata-se que dos 11 estabelecimentos integrados em ULS com estrela nesta dimensão, quatro obtiveram o nível de qualidade I, um o nível de qualidade II e seis o nível de qualidade III. Por sua vez, dos 63 estabelecimentos não integrados em ULS com estrela, quatro obtiveram o nível de qualidade I, 25 o nível de qualidade II e 34 o nível de qualidade III. Não foram verificadas diferenças significativas entre os estabelecimentos integrados em ULS e não integrados em ULS, na dimensão "Focalização no utente". Não obstante, embora não sendo estatisticamente significativa, pode notar-se que a diferença vai no sentido de os estabelecimentos não integrados em ULS terem melhores resultados.

Tabela 18 – Análise dos resultados do segundo nível de avaliação (*rating*) na focalização no utente

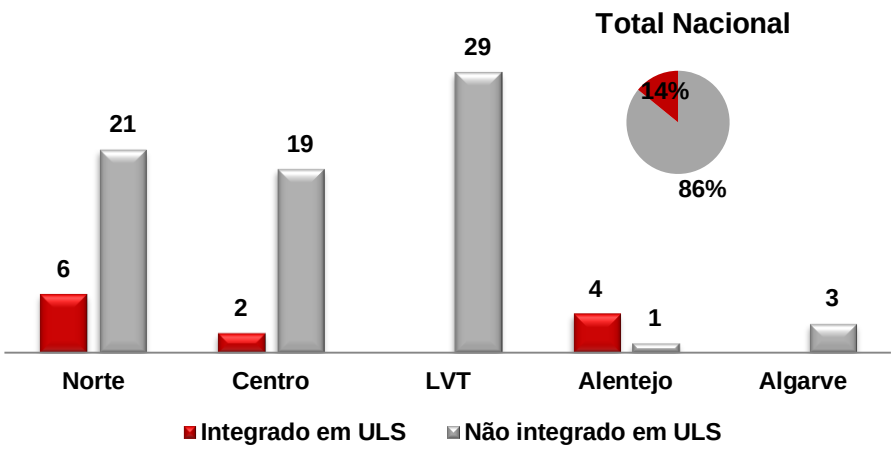
Dimensão avaliada	Integração em ULS	Nível de qualidade I	Nível de qualidade II	Nível de qualidade III	Média	Desvio-padrão	Mann-Whitney (*p-value*)
Focalização no utente	Sim	4	1	6	2,182	0,982	300,500 (0,434)
	Não	4	25	34	2,476	0,618	

Nota: Na coluna Mann-Whitney está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância $p < 0.05$; ** Nível de significância $p < 0.01$; ***Nível de significância $p < 0.001$.

Adequação e Conforto das Instalações

Na dimensão de "Adequação e Conforto das Instalações", a amostra é constituída por 85 estabelecimentos do SNS, dos quais 12 (14%) encontram-se integrados em ULS, sendo seis da ARS Norte, dois da ARS Centro e quatro da ARS Alentejo (ver gráfico *infra*). Os restantes 73 estabelecimentos (ou seja, 86% daqueles 85) não se encontram integrados em ULS.

Gráfico 3 – Amostra dos participantes na dimensão de "Adequação e Conforto das Instalações"



Na dimensão "Adequação e Conforto das Instalações", através da análise da tabela *infra*, verifica-se que dos estabelecimentos integrados em ULS participantes na avaliação, 11 obtiveram estrela (ou seja, 92%), e 62 dos 73 (que corresponde a 85%) dos estabelecimentos não integrados a ULS não obtiveram estrela. Através da análise do teste Qui-quadrado, concluiu-se pela não rejeição da hipótese nula, o que significa que a atribuição da estrela é independente do estabelecimento estar ou não integrado em ULS.

Tabela 19 – Análise dos resultados do primeiro nível de avaliação (estrela) na Adequação e Conforto das Instalações

Dimensão	Integração em ULS	Obtiveram estrela	Não obtiveram estrela	Qui-quadrado (*p-value*)
Adequação e Conforto das Instalações	Sim	92%	8%	246,500 (0,107)
	Não	85%	15%	

Nota: Na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância $p < 0.05$; ** Nível de significância $p < 0.01$; ***Nível de significância $p < 0.001$.

No que respeita ao segundo nível de avaliação, constata-se que dos 11 estabelecimentos integrados em ULS com estrela, dois obtiveram o nível de qualidade I, seis o nível de qualidade II e três o nível de qualidade III, na dimensão "Adequação e Conforto das Instalações". Por sua vez, dos 62 estabelecimentos não integrados em ULS com estrela, oito obtiveram o nível de qualidade I, 19 o nível de qualidade II e 35 o nível de qualidade III. Não foram verificadas diferenças significativas entre os estabelecimentos integrados em ULS e não integrados em ULS, na dimensão

"Adequação e Conforto das Instalações", mas as diferenças vão no sentido destes últimos terem melhores resultados.

Tabela 20 – Análise dos resultados do segundo nível de avaliação (*rating*) na Adequação e Conforto das Instalações

Dimensão avaliada	Integração em ULS	Nível de qualidade I	Nível de qualidade II	Nível de qualidade III	Média	Desvio-padrão	Mann-Whitney (*p-value*)
Adequação e Conforto das Instalações	Sim	2	6	3	2,091	0,701	3,276 (0,194)
	Não	8	19	35	2,435	0,716	

Nota: Na coluna Mann-Whitney está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância p < 0.05; ** Nível de significância p < 0.01; ***Nível de significância p < 0.001.

Em suma, apenas na atribuição da estrela relativa à dimensão da "Segurança do Doente" se encontraram diferenças significativas entre hospitais integrados em ULS e não integrados, com os segundos a apresentarem, em média, melhores resultados. Nas demais dimensões, e com a exceção da avaliação da "Excelência Clínica" nos procedimentos de enfarte agudo do miocárdio, as diferenças não são estatisticamente significativas.

4.2. Reclamações dos utentes das ULS

A presente secção considera a análise das queixas e reclamações que foram trazidas ao conhecimento da ERS, seja pelo próprio exponente, seja ainda através de distintas entidades integradas no sistema de saúde. Com esse intuito, foi feita a recolha daqueloutras que versam sobre os comportamentos e procedimentos adotados nas ULS e em estabelecimentos do SNS não integrados em ULS, e que, em suma, pelo seu teor e fundamentação, permitem avaliar e confrontar a atuação dos estabelecimentos prestadores integrados, ou não, em ULS, conforme enquadrados no presente estudo.

Ora, a respeito do direito à queixa e reclamação do utente do SNS importa notar preliminarmente que deve este ser exercido, num primeiro momento e essencialmente, no estabelecimento de saúde visado, no livro de reclamações ou em qualquer outro suporte avulso que deve obrigatoriamente existir e ser imediatamente disponibilizado quando assim requerido pelo interessado. Ao direito de queixa ou reclamação assiste o correspondente dever do estabelecimento em responder, em tempo útil, à pretensão do utente – cfr. artigo 9.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

De acordo com o artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem a incumbência de apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seu seguimento pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, ao mesmo tempo que deve garantir o direito de acesso à informação e procede ao envio de relatórios periódicos à DGS e à Direção Geral do Consumidor, nos termos ali melhor estipulados. Além do mais, e nos termos do artigo 30.º do sobredito Decreto-Lei, compete à mesma entidade reguladora, assegurar que os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde visados procedam ao tratamento das queixas e reclamações e, nesse sentido, garantir que estes últimos logram remeter, "[…] no prazo de 10 dias úteis, cópia das reclamações e queixas dos utentes, designadamente as constantes dos respetivos livros de reclamações, bem como do seguimento que tenham dado às mesmas.".

O direito ora visto era já contemplado no artigo 36.º dos anteriores estatutos da ERS (aprovados pelo Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio), que fazia referência às obrigações vistas e, nesse âmbito, remetia para o artigo 48.º dos estatutos e para todo o estipulado no Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro[43].

Além do regime aplicável ao procedimento de reclamações observado pelos estabelecimentos prestadores do sector privado, integrantes, ou não, da Rede Nacional de Prestadores de Cuidados, coexiste no sistema de saúde uma plataforma designada por SIM-Cidadão – Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (adiante designado por SIM-Cidadão). Este sistema permite ao utente do SNS registar, sugestões e reclamações relativos a um qualquer estabelecimento de saúde do sector público. Com efeito, e conforme resulta do Despacho n.º 5081/2005, de 9 de março, o Sim Cidadão "[…] destina-se a fazer a recolha, tratamento e monitorização das exposições feitas pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, de modo a facultar à tutela a obtenção de indicadores de gestão relacionados com o grau de satisfação dos cidadãos, e, consequentemente, com o funcionamento dos serviços.". Posteriormente foi aquele despacho revogado pelo Despacho n.º 8958/2013, de 9 de julho, que aprovou o regulamento do Sim Cidadão e reiterou o seu âmbito e objeto, e definiu como princípios gerais, o da resposta ao cidadão, da transparência e da ética – cfr. artigos 1.º, 2.º e 3.º do sobredito diploma.

[43] O presente estudo analisa a realidade das ULS e dos demais estabelecimentos não integrados em ULS, pelo que aqui não será explicitado o regime aplicável, nesta temática, ao sector privado e social (integrado, ou não, na Rede Nacional de Prestadores de Cuidados).

Mais ali é definido que as exposições, reclamações, sugestões e elogios dos cidadãos devem ser apresentados nos Gabinetes do Cidadão, "[…] a todo o tempo e em qualquer unidade do Serviço Nacional de Saúde […]" e podem ser depositados em caixas de sugestões, remetidos por correio eletrónico, inscritos nos livros de reclamações (vulgarmente, apelidados de Livro Amarelo) ou em outro qualquer suporte adequado. Devem aquelas ser objeto de análise e decisão, e respondidas no prazo máximo de 15 dias.

Esta plataforma atua em rede e para todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do sector público do SNS e assume-se como um recurso de monitorização das perceções dos utentes e, naturalmente, um instrumento de gestão de eleição para a monitorização dos níveis de satisfação dos utentes, bem como do funcionamento dos serviços na perspetiva dos seus utilizadores.

Diga-se que esta iniciativa resultou, naturalmente, do entendimento do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril (republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2014, de 13 de maio), pelo qual foram estabelecidas as medidas de modernização administrativa a adotar por todos os serviços da administração pública, na recolha e análise dadas, designadamente, aos elogios, sugestões e reclamações dos utentes.

Com efeito, conforme ali se refere, no ano de 1999, era certo que as exigências da sociedade tinham "[…] conduzido ao aprofundamento da complexidade das funções do Estado e à correspondente preocupação de defesa dos cidadãos e respeito pelas suas necessidades face à Administração Pública", sendo certo que o resultado global da economia e do desenvolvimento social dependem grandemente da "[…] interligação, complementaridade e cooperação entre sectores públicos, privado e social […] pelo que importaria desenvolver esforços no sentido de reforçar as relações entre a Administração e a sociedade, aprofundar a cultura do serviço público, "[…] orientada para os cidadão e para a eficaz gestão pública que se paute pela eficácia, eficiência e qualidade […]".

Nessa esteira, o artigo 3.º estipula que os serviços e organismos da Administração Pública servem o cidadão e devem assegurar, designadamente, uma comunicação eficaz e transparente, privilegiar os procedimentos mais simples, cómodos, expeditos e económicos. Ademais, conforme decorre do artigo 38.º, compete aos serviços e organismos da Administração Pública divulgar aos utentes, de forma visível, a existência do livro de reclamações, e "[…] independentemente da fase da tramitação em que se encontrem as reclamações […] cabe a cada serviço reclamado dar

resposta ao reclamante acompanhada da devida justificação […] no prazo máximo de 15 dias.". Ali mais se refere que mesmo prazo aplica-se às reclamações apresentadas nas plataformas eletrónicas criadas para o efeito. Além do mais, também toda a correspondência dirigida a qualquer serviço será objeto de análise e decisão "[…] devendo ser objeto de resposta com a maior brevidade possível […]", sendo certo que "[…] no prazo de 15 dias deve ser dada resposta na qual seja comunicada […]", designadamente, a decisão final atinente às questões apresentadas e a informação intercalar sobre o estado do processo.

Ora, certo é que este regime geral, mormente no que respeita ao tempo de resposta por parte do estabelecimento de saúde sofre necessariamente as limitações decorrentes do regime especial constante dos estatutos da ERS. Assim, incumbe também à ERS apreciar as queixas e reclamações dos utentes do SNS que se dirigem a qualquer estabelecimento prestadores de cuidados de saúde dos sector público que, por seu lado, devem proceder ao seu envio "[…] no prazo de 10 dias úteis […], bem como, informar do seguimento que tenham dado às mesmas.

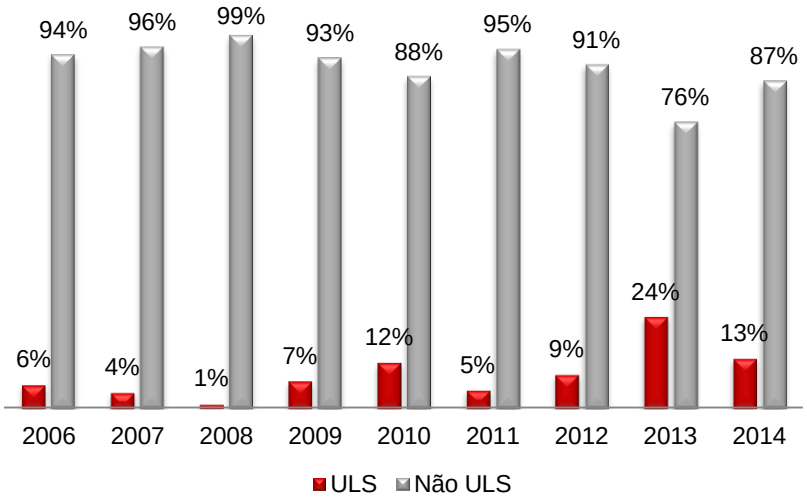
4.2.1. Reclamações recebidas pela ERS

No sentido de aferir da qualidade subjacente ao desempenho das ULS, na ótica dos utentes, e identificar os principais constrangimentos suscetíveis de impactar com os seus direitos no que respeita àqueles previstos no âmbito geral dos cuidados de saúde prestados pelo SNS, foram consideradas as reclamações rececionadas e tratadas no âmbito do Sistema de Gestão de Reclamações da ERS (SGREC), no período entre 2006 e 2014.[44]

Como consta do gráfico que de seguida se apresenta, a percentagem de reclamações dirigidas aos estabelecimentos integrados nas ULS, no total das reclamações no SNS, atingiu o seu número máximo em 2013.

[44] Importa aqui esclarecer que da entrada em vigor, em agosto de 2014, dos novos estatutos da ERS, resultou um alargamento e aprofundamento da sua competência de tratamento das reclamações dos utentes dos serviços de saúde. Concretamente, os novos estatutos reservam à ERS a competência exclusiva para a apreciação e a monitorização de todas as queixas e reclamações apresentadas por utentes de serviços de saúde (públicos, cooperativos, sociais e privados), o que não acontecia até aqui. No entanto, este alargamento do âmbito do tratamento de reclamações pela ERS não se fez ainda sentir no volume de reclamações de 2014, na medida em que a adequação do sistema de gestão de reclamações da ERS à nova realidade apenas se concluiu em janeiro de 2015.

Gráfico 4 – Reclamações recebidas pela ERS, respeitantes às ULS e não ULS



Fonte: Elaboração própria com base na informação do SGREC da ERS.

Os principais temas sobre os quais recaem as reclamações, assim subdivididas para facilitar o seu enquadramento, encontram-se resumidos na tabela em baixo, que também contempla a separação por estabelecimentos integrados em ULS e não integrados. Em estabelecimentos integrados em ULS, os temas principais das reclamações respeitam à "qualidade da assistência de cuidados de saúde" (16,5%), seguido pelo "acesso" (12,0%), pela "qualidade da assistência administrativa" (11,2%) e pelos "tempos de espera superiores a uma hora" (11,2%).

Em estabelecimentos não integrados em ULS, os temas principais das reclamações foram a "qualidade da assistência de cuidados de saúde" (20,6%), seguido por "acesso" (13,2%), por "qualidade da assistência administrativa" (9,8%) e por "assistência humana" (5,1%).

Tabela 21 – Assunto visado nas reclamações recebidas pela ERS, respeitantes às ULS e não ULS

Assunto visado nas reclamações	Não ULS	ULS
Acesso	13,2%	12,0%
Assistência humana	5,1%	5,9%
Discriminação	0,1%	0,3%
Folha de reclamação anulada	0,1%	1,0%
Instalações	2,5%	1,9%
Outro	37,6%	36,1%
Qualidade da assistência administrativa	9,8%	11,2%
Qualidade da assistência de cuidados de Saúde	20,6%	16,5%
Questões financeiras	4,2%	2,1%
Questões legais	2,6%	1,1%
Tempos de espera inferiores a uma hora	0,3%	0,6%
Tempos de espera superiores a uma hora	3,8%	11,2%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SGREC da ERS.

Em suma, considerando os assuntos visados nas reclamações dos utentes, o cenário é muito parecido entre ULS e não ULS, com exceção dos "tempos de espera superiores a uma hora", o quarto tema mais visado nas reclamações dos utentes das ULS, mas que se releva como pouco importante nos estabelecimentos não integrados em ULS.

4.2.2. Reclamações introduzidas no SIM-Cidadão

Na presente secção considera-se as reclamações inseridas no Sistema SIM-Cidadão gerido pela DGS, dirigidas a seis estabelecimentos integrados em ULS e 46 estabelecimentos não integrados. Concretamente, analisa-se a taxa de reclamações por 1.000 atos[45] (designada nos relatórios do SIM-Cidadão por "permilagem de reclamações"), apresentadas pelos utentes do SNS nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, integrados e não integrados em ULS, entre 2010 a 2011.

A existência de diferenças estatisticamente significativas, ao nível deste indicador, entre hospitais integrados e não integrados em ULS, é avaliada com recurso ao teste

[45] Consideram-se os atos médicos e de enfermagem.

de Mann-Whitney, na medida em que os dados provêm de amostras independentes de populações (como é o caso de o hospital ser ou não integrado em ULS), e devido a este teste não exigir que as variáveis sigam uma distribuição normal. No teste é assumido, na hipótese nula, que a variável é igual entre grupos (neste caso entre ser ou não integrado em ULS) e, na hipótese alternativa, a variável é diferente entre os dois grupos.

Da análise da tabela *infra*, constata-se que os hospitais integrados em ULS registaram, em média, 1,21 reclamações por cada 1.000 atos, e os hospitais não integrados 1,47. Verifica-se também, nos dois anos em análise e através do teste Mann-Whitney, a não rejeição da hipótese nula, o que significa que a taxa de reclamações dos utentes das unidades de cuidados hospitalares, no horizonte temporal em análise, é independente de o estabelecimento estar ou não integrado em ULS.

As 10 causas mais mencionadas, publicadas no relatório de 2011 do "Sistema SIM-Cidadão"[46], nas reclamações dos utentes, por ordem decrescente foram: o tempo de espera no serviço de urgência, o tempo de espera para atendimento, falta de cortesia, regras inadequadas/inaplicáveis, má prática, perfil desadequado, tempo de espera para consultas de especialidade, falta de informação adequada em tempo útil, desrespeito no trato interpessoal e tempo de espera para MCDT. Entre 2010 e 2011, todos os tipos de causas mencionadas aumentaram, com exceção do tempo de espera para atendimento, com a falta de informação adequada em tempo útil a exibir o maior crescimento de 51,56%.

Tabela 22 – Permilagem média de reclamações dos utentes das unidades de cuidados hospitalares

Indicador	Integração em ULS	2010		2011	
		Média	Mann-Whitney (p-value)	Média	Mann-Whitney (p-value)
Permilagem de reclamações	Sim	1,21	118,000 (0,567)	1,10	105,000 (0,345)
	Não	1,47		1,58	

Fonte: Elaboração própria com base na informação do relatório de 2011 do "Sistema SIM-Cidadão".

Em suma, e não obstante as diferenças não serem estatisticamente significativas, constata-se que a permilagem das reclamações dos utentes por unidade de cuidados

[46] "Relatório do Sistema SIM-Cidadão 2011", disponível em http://www.dgs.pt/?cr=22637.

hospitalares é inferior nos hospitais integrados em ULS relativamente os hospitais não integrados.

5. Eficiência e desempenho económico-financeiro

Na presente secção estuda-se a eficiência produtiva nas ULS, na prestação de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde hospitalares.

Para tal, nos cuidados de saúde primários analisa-se a combinação de profissões de saúde nos recursos humanos disponíveis. É entendimento da Organização Mundial de Saúde que a determinação dos melhores rácios de competências profissionais na saúde (*skill-mix*) e a definição de novos papéis e de novas profissões, continuarão a representar o desafio maior para as organizações de cuidados de saúde e para os sistemas de saúde.[47] Mas na análise da adequação do *skill-mix*, para além de rácios de profissionais de saúde, é necessário levar também em conta aspetos como a contenção de custos, a melhoria da qualidade e a inovação tecnológica, entre outros[48]. Não obstante, e na ausência dessa informação, optou-se por se analisar o rácio de enfermeiros por médicos, estabelecendo-se uma comparação entre estabelecimentos integrados e não integrados em ULS, ao nível deste rácio.

Nos cuidados de saúde hospitalares realiza-se duas análises distintas. Por um lado, avalia-se o rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias realizadas pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares. E, de seguida, analisa-se o tempo de estadia em internamento por tipo de hospital, em termos médios, e realizando-se uma análise de regressão com dados ao nível do episódio, em que se visa perceber se o tipo de hospital (integrado, ou não, em ULS) é determinante no tempo de estadia em internamento dos doentes, controlando-se para cada doente, fatores que possam ser igualmente determinantes do tempo de internamento.

Adicionalmente, e atenta a natureza específica da organização dos cuidados nas ULS, analisa-se a eficiência do funcionamento em rede ao nível da interação entre cuidados primários e hospitalares, mais uma vez de uma forma em que se compara a realidade do SNS no âmbito das ULS com aquela nas demais regiões. Esta avaliação assenta no estudo do indicador denominado na literatura da especialidade por taxa de *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), o qual se interpreta como um indicador de ocorrência de hospitalizações passíveis de se evitar com cuidados primários atempados e adequados.

---

[47] The World Health Report (2000), "Health systems: improving performance". Geneva: World Health Organization; 2000.

[48] Ver Buchan J, Dal Poz M. (2002), "Skill-mix in the health care workforce: reviewing the evidence", *Bull World Health Organ*, 80, pp. 575-80.

Por último, a análise da performance económica e financeira de unidades hospitalares cinge-se ao prazo médio de pagamento (PMP) das unidades de saúde com os fornecedores, devido à impossibilidade de a ERS obter os dados solicitados à ACSS para concretização do presente estudo.[49]

5.1. Eficiência produtiva

Cuidados de saúde primários

Em Portugal, o rácio de enfermeiros por médico era de 1,4, em 2012, abaixo da média dos países da UE-15 de 2,8 enfermeiros por médico[50], o que poderá ser indicativo de que em Portugal a composição da força de trabalho em saúde revela uma combinação ineficiente dos papéis de médicos e de enfermeiros. Diversa investigação realizada evidencia que, em áreas específicas da atividade assistencial, os enfermeiros podem prestar cuidados, pelo menos, equivalentes aos prestados pelos médicos (Buchan, 2005[51]; Delamaire, 2010[52]), com ganhos de desempenho expectáveis.

Na presente secção analisa-se o rácio de enfermeiros por médicos, com vista a comparar a realidade existente nos estabelecimentos de cuidados de saúde integrados em ULS e não integrados.

Através da análise da tabela *infra*, constata-se que a nível nacional, no âmbito dos cuidados de saúde primários do SNS, o rácio é aproximadamente de um enfermeiro por médico. Numa análise por região de saúde e considerando o total da população, verifica-se que a ARS Alentejo exibe o maior rácio, com 1,56, seguida pela ARS Algarve, com 1,31, pela ARS Norte, com 1,10, pela ARS Centro com 1,04 e a ARS Lisboa Vale do Tejo exibe o menor rácio de 0,88.

Numa análise por ULS, destacam-se a ULS Baixo Alentejo e a ULS Norte Alentejano por exibiram rácios mais elevados entre as ULS e dos rácios calculados para a população a nível nacional abrangida ou não por ULS. Por sua vez, as ULS que apresentam os rácios mais baixos a nível nacional, são a ULS Guarda, com 0,52, e a

[49] Ver descrição da diligência no anexo I.
[50] OECD Health Statistics 2014, Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database.
[51] Buchan, J. e Calman, L. (2005), "Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles", OCDE Health Working Papers, No. 17.
[52] Delamaire, M.L. e Lafortune, G. (2010), "Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries", OECD Health Working Papers, No. 54.

ULS Alto Minho, com 0,76, podendo significar dificuldades de acessos dos utentes aos cuidados de saúde primários.

Tabela 23 – Rácio de enfermeiros por médicos

Região	Rácio de enfermeiros por médicos em áreas cobertas por ULS	Rácio de enfermeiros por médicos em áreas não cobertas por ULS	Rácio de enfermeiros por médicos em toda a região
ARS Norte	1,00	1,14	1,10
ULS Alto Minho	0,76		
ULS Matosinhos	1,03		
ULS Nordeste	1,66		
ARS Centro	1,22	1,03	1,04
ULS Guarda	0,52		
ULS Castelo Branco	1,45		
ARS LVT		0,88	0,88
ARS Alentejo	1,67	1,38	1,56
ULS Norte Alentejano	1,72		
ULS Baixo Alentejo	1,76		
ULS Litoral Alentejano	1,52		
ARS Algarve		1,31	1,31
Nacional	1,20	1,02	1,05

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SRER e do INE.

Em suma, com a exceção das ULS do Alto Minho, Matosinhos e Guarda, a combinação de profissões de saúde nas ULS privilegia um maior número de enfermeiros por médico do que acontece nas áreas não cobertas por ULS na mesma região de saúde.

Cuidados de saúde hospitalares

Para o estudo da eficiência produtiva nas unidades de cuidados de saúde hospitalares analisa-se o **rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias realizadas**, comparando-se hospitais do SNS integrados e não integrados em ULS, entre 2010 a 2013. Para se avaliar a relevância estatísticas das diferenças entre os dois grupos de hospitais, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, na medida em que os dados provêm de amostras independentes de populações (como é o caso de ser ou não integrados em ULS), e devido a este teste não exigir que as variáveis sigam uma distribuição

normal[53]. No teste é assumido na hipótese nula que a variável é igual entre grupos (neste caso entre ser ou não integrado em ULS) e, na hipótese alternativa, a variável é diferentes entre os dois grupos.

A amostra recolhida é constituída por oito estabelecimentos integrados em ULS e 32 estabelecimentos não integrados, entre 2010 e 2013. Como se evidencia na tabela *infra*, a proporção de cirurgias realizadas em ambulatório aumentou em todos os anos nos dois tipos de hospitais. Além do mais, em todos os anos em análise e através do teste Qui-quadrado, concluiu-se pela não rejeição da hipótese nula, o que significa que o rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias é independente do estabelecimento estar ou não integrado em ULS. Não obstante, embora não sendo diferenças estatisticamente significativas, pode notar-se que estas vão no sentido de os estabelecimentos não integrados em ULS terem uma maior proporção de cirurgias em ambulatório relativamente ao total de cirurgias.

Tabela 24 – Rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias

Indicador	Integração em ULS	2010		2011		2012		2013	
		Média	Qui-quadrado (p-value)	Média	Qui-quadrado (p-value)	Média	Qui-quadrado (p-value)	Média	Qui-quadrado (p-value)
Nr.º Operados com tempo de espera superior ao TMRG	Sim	0,477	119,000 (0,530)	0,482	105,000 (0,288)	0,521	119,000 (0,530)	0,542	118,000 (0,510)
	Não	0,522		0,548		0,560		0,581	

Nota: na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância p < 0.05; ** Nível de significância p < 0.01; ***Nível de significância p < 0.001.

Um segundo indicador de eficiência analisado consiste no **tempo de estadia em internamento** nos hospitais, tendo-se recorrido para tal à base de dados dos registos de alta dos hospitais do SNS, classificados por Grupos Diagnósticos Homogéneos (GDH). O tempo de estadia em internamento é habitualmente utilizado como um indicador da utilização de recursos num episódio de internamento, sendo, por isso, uma *proxy* da eficiência técnica na prestação de cuidados. Neste sentido, reduções no tempo médio de estadia em internamento num hospital são interpretadas como ganhos de eficiência. Tais reduções podem significar maior capacidade para o hospital estabilizar os doentes rapidamente ou refletir uma tendência de troca de hospitalizações por cuidados em ambulatório ou domiciliários, o que é consistente com

[53] Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. Todos os *ratings* exibiram um $p < 0{,}05$, pelo que se rejeitou a hipótese nula, logo as variáveis não seguem uma distribuição normal.

cuidados de saúde mais eficientes (Kroch et al., 2007).[54] Neste contexto, analisa-se o tempo médio de internamento nos hospitais, procurando-se detetar a existência de diferenças entre hospitais integrados e não integrados em ULS.

Na presente análise foram selecionados os dados referentes a episódios de internamento, associados à atividade dos diversos serviços de internamento e especialidades médicas, ocorridos entre 2011 e 2013. Para além da apresentação do tempo médio de estadia em internamento por tipo de hospital, é realizada uma análise de regressão com dados ao nível do episódio, em que se visa perceber se o tipo de hospital (integrado, ou não, em ULS) é determinante no tempo de estadia em internamento dos doentes, controlando-se para cada doente, fatores que possam ser igualmente determinantes do tempo de internamento. Concretizando, na análise de regressão a variável dependente é o LOS (do inglês *length of stay*) de cada episódio de internamento e a variável independente a estudar é uma variável dicotómica que assume o valor 1 se o episódio ocorreu num hospital integrado numa ULS, e o valor 0 se ocorreu num hospital não integrado numa ULS; as características do doente são controladas com as variáveis idade e género (neste caso, com uma *dummy* que assume o valor 1 nos indivíduos do sexo masculino), e intensidade normal do episódio de internamento, em termos de tempo de internamento, é controlada com a variável "demora média pura" do GDH"[55]. Finalmente, é também controlada a passagem do tempo, através de duas variáveis dicotómicas: d2012 assume o valor 1 em internamentos no ano 2012, e d2013 assume o valor 1 em internamentos em 2013.[56]

Por sua vez, e para tornar a amostra mais homogénea, foram excluídos episódios de internamento com valores de LOS considerados *outliers*. Os *outliers*, que em alguns casos indiciam a existência de erros ou inconsistências nos dados, enviesando a análise, foram definidos por meio de uma regra estatística comummente adotada, como sendo os dados superiores ao valor resultante da soma entre 1,5 vezes a amplitude interquartílica e o 75.º percentil (terceiro quartil), bem como os dados inferiores ao valor que resulta da diferença entre o 25.º percentil (primeiro quartil) e 1,5

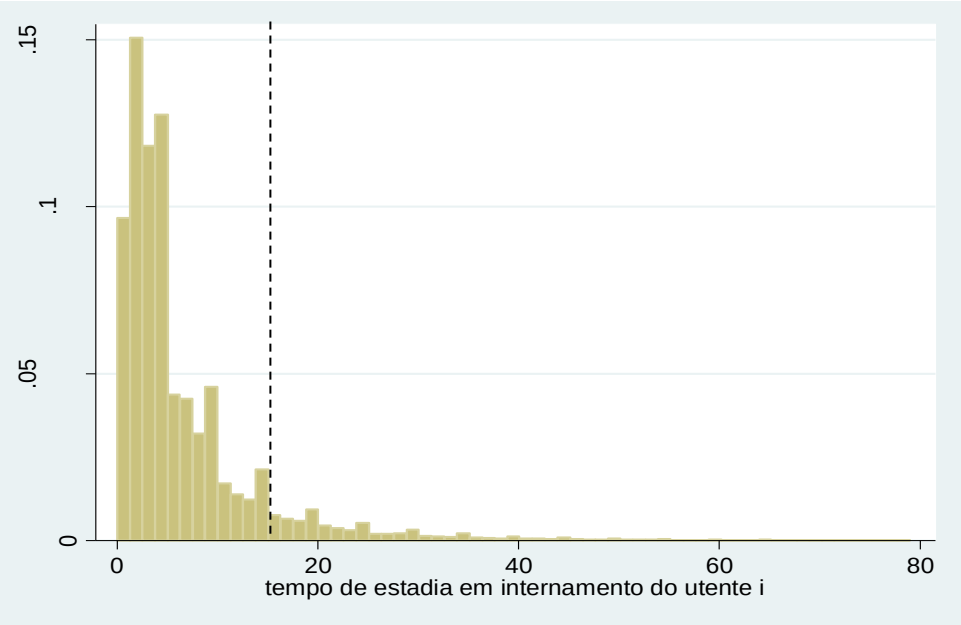
[54] Kroch, E., Duan, M., Silow-Caroll, S., Meyer, J. (2007), "Hospital Performance Improvement: Trends in Quality and Efficiency – A Quantitative Analysis of Performance Improvement in U.S. Hospitals", *The Commonwealth Fund* Vol. 53.

[55] Nos termos da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, que aprova as tabelas de preços a praticar pelo SNS, a demora média pura de um GDH "corresponde à demora média de todos os episódios da Base de dados central de GDH (2009 a 2010), que serviram de base ao cálculo dos limiares de exceção". Para cada GDH, o valor desta demora média pura, em dias, consta da "Tabela Nacional Grupos de Diagnóstico Homogéneo", a qual constitui o anexo II daquela portaria.

[56] Quando ambas as variáveis assumem o valor zero, significa que se refere aos internamentos de 2011.

vezes a amplitude interquartílica. Assim, através deste método foram excluídos os tempos de internamento superiores a 16 dias, sendo este um valor do LOS até ao qual, como se pode verificar no histograma da variável, na figura em baixo, se concentra um grande número de internamentos.

Gráfico 5 – Histograma do tempo de estadia de internamento, entre 2011 e 2013



Considerando os dados referentes a 2.055.564 episódios de internamento até 16 dias (inclusive), entre 2011 e 2013, verifica-se que o tempo médio de estadia em internamento nos hospitais integrados em ULS foi sempre superior ao tempo médio nos hospitais não integrados em ULS. No período em análise, o tempo médio de internamento aumentou 5% nos hospitais integrados em ULS e 4% nos hospitais não integrados, observando-se uma taxa de crescimento média anual de 2% e 1%, respetivamente.

Tabela 25 – Tempo médio de estadia em internamento

	2011	2012	2013	Variação no período	Taxa de crescimento média anual
Integração em ULS	Média do LOS				
Sim	4,92	5,15	5,19	5%	2%
Não	4,68	4,81	4,85	4%	1%
Total	4,70	4,84	4,88	4%	1%

Tomando em conjunto os internamentos de todo o período de 2011 a 2013, avaliou-se a relevância estatística das diferenças no tempo médio de internamento entre hospitais integrados e não integrados em ULS recorrendo-se ao teste *t* de Student, na

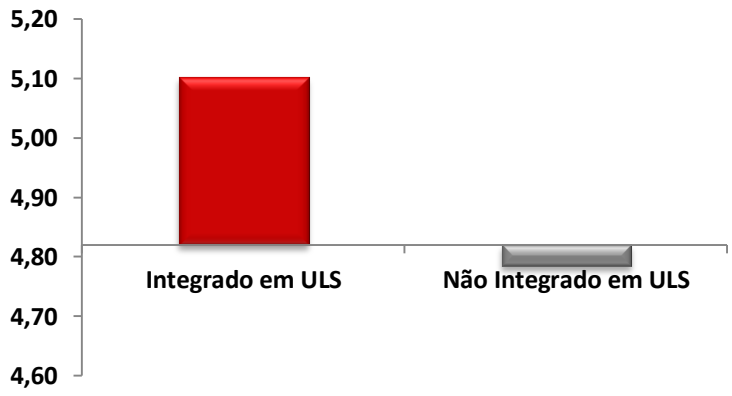
medida em que os dados provêm de amostras independentes de populações. No teste é assumido na hipótese nula que o tempo médio é igual entre grupos (neste caso entre ser, ou não, integrado em ULS), e na hipótese alternativa, a variável é diferente entre grupos. Os resultados do teste, apresentados na tabela *infra*, apontam para a rejeição da hipótese nula, o que significa que, para um nível de significância de 5%, conclui-se que o tempo médio em internamento é diferente entre hospitais integrados em ULS e não integrados.

Tabela 26 – Tempo de estadia de internamento, entre 2011 e 2013

	Integração em ULS	Média	Desvio-Padrão	Teste-t (p-value)
LOS	Sim	5,10	3,76	t = 37,537 (0,000)
	Não	4,78	3,65	
	Total	4,82	3,66	

O gráfico *infra* complementa a análise, ilustrando que o tempo médio de estadia em internamento, considerando todos os hospitais e o período em análise entre 2011 e 2013, foi de 4,82 dias, e que os hospitais integrados em ULS exibem um tempo médio superior a este nível em 0,28 dias e hospitais não integrados um tempo abaixo em 0,04 dias.

Gráfico 6 – Desvio do tempo médio de estadia de internamento relativamente à média, 2011 a 2013



Naturalmente, o tempo médio de estadia em internamento num determinado hospital resulta diretamente do tempo de estadia de cada um dos doentes atendidos, e este, por seu turno, é dependente de diversos fatores, tais como a gravidade e a complexidade da doença e as características pessoais dos doentes. Uma dessas características é, desde logo, a idade dos indivíduos: verifica-se que o tempo de

estadia aumenta com a idade, exibindo uma correlação positiva de 0,33 e com significância estatística (p=0,00). Verifica-se também que o tempo médio de internamento dos homens (de 5,05 dias) é mais elevado do que o das mulheres (4,63 dias), sendo esta diferença significativa, como aponta o resultado do teste de *t* de Student.

Tabela 27 – Tempo estadia de internamento relativamente à idade e género, 2011 a 2013

	Idade	Género	
	Correlação de Pearson (p-value)	teste - t (p-value)	Média
LOS	0,330 (0,000)	81,660 (0,000)	M = 5,05 F = 4,63

Neste contexto, reconhecendo-se que a análise do tempo médio de estadia em internamento sem a consideração de quaisquer fatores que para ele contribuam (como, por exemplo, a idade e o sexo dos doentes, como se acabou de demonstrar), limita a relevância da comparação entre os dois grupos de hospitais, levou-se a cabo uma análise de regressão com dados ao nível do episódio. No modelo construído, o LOS de cada episódio de internamento é uma variável explicada conjuntamente pelas características do doente (idade e sexo), pela demora média definida para o GDH aplicável ao episódio, e pelo local de internamento (ULS ou não ULS), sendo ainda controlado o ano de internamento (com as variáveis d2012 e d2013).

O método utilizado para a estimação dos coeficientes do modelo foi o método dos mínimos quadrados ordinários (OLS), adotando-se uma construção exploratória do modelo em que as variáveis explicativas foram sendo adicionadas, como forma de se verificar se o sinal e o nível de significância de quaisquer variáveis se alterava.

Como se pode verificar na tabela em baixo, constata-se que quase todas as variáveis têm significância estatística na explicação da variável LOS. Considerando-se a quarta estimação (ou seja, a que inclui todas as variáveis explicativas), verifica-se que o tempo de estadia de internamento dos indivíduos do sexo masculino é 0,017 dias superior ao dos indivíduos do sexo feminino *ceteris paribus*; se o hospital se encontrar integrado numa ULS, o tempo de estadia de internamento é 0,268 mais elevado, *ceteris paribus*; e se a demora média do GDH aumentar um dia, o tempo de estadia de internamento do episódio aumenta em 0,397, *ceteris paribus*.

Tabela 28 – Análise de regressão do tempo de estadia de internamento pelo método dos mínimos quadrados ordinários

Variáveis explicativas	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Constante	4,700*** (0,000)	2,564*** (0,000)	2,552*** (0,000)	1,347*** (0,000)
d2012	0,1426*** (0,000)	0,052*** (0,000)	0,051*** (0,000)	0,008 (0,144)
d2013	0,183*** (0,000)	0,040*** (0,000)	0,039*** (0,000)	-0,043*** (0,000)
sexo	-	0,349*** (0,000)	0,349*** (0,000)	0,017*** (0,000)
idade	-	0,043*** (0,000)	0,043*** (0,000)	0,018*** (0,000)
duls	**-**	**-**	**0,153*** (0,000)**	**0,268*** (0,000)**
demora média GDH	-	-	-	0,397*** (0,000)
Coeficiente de determinação	0,04%	11,09%	11,11%	30,17%

Notas: p-value entre parêntesis; *Nível de significância p < 0.05; ** Nível de significância p < 0.01; ***Nível de significância p < 0.001.

Funcionamento em rede

Como se define em Billings et al. (1993)[57], *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) são condições médicas para as quais cuidados de saúde primários ou ambulatórios atempados e adequados podem ajudar a reduzir o risco de hospitalização, seja pela prevenção do aparecimento de doença, seja pelo controlo de uma doença episódica aguda, ou ainda pela gestão de uma doença crónica.

Conforme se realça em Carneiro (2011)[58], pelo menos desde 1993 a taxa de admissões em internamento hospitalar de doentes com ACSC tem sido utilizada como um indicador de acesso e eficácia dos cuidados de saúde primários.

O argumento subjacente é que num sistema eficaz e acessível de cuidados de saúde primários, as ACSC serão geridas em atendimento pré-hospitalar, evitando assim a necessidade de internamento. Do lado oposto, a falta de cuidados primários oportunos e eficazes irá determinar uma maior taxa de internamento de doentes com tais

[57] Billings, J., L. Zeitel, J. Lukomnik, T. S. Carey, A. E. Blank, e L. Newman (1993), "Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City", *Health Affairs*, 12 (1), pp. 162-173.
[58] Carneiro, C. S. (2011), "Essays on health economics: equity and access to health care and public hospital performance under corporatized management", Tese Dout. Economia, Fac. de Economia, Univ. do Porto.

condições. De um ponto de vista normativo, Carneiro (2011) classifica os internamentos de doentes com ACSC como hospitalizações desnecessárias e evitáveis.

No contexto do presente estudo, a proporção de internamentos por ACSC é interpretada não apenas como um indicador de acesso e eficácia dos cuidados primários, mas também como reflexo do funcionamento em rede entre cuidados primários e hospitalares. De facto, no SNS estes dois níveis de cuidados, primários e hospitalares, operam em rede e em coordenação, com base em instrumentos como as redes de referenciação, as áreas geográficas de influência dos hospitais e dos centros de saúde, e as regras de acesso aos cuidados hospitalares por parte dos utentes do SNS. Ora, um dos objetivos latentes na motivação da criação de ULS é precisamente o de melhorar esta coordenação entre os dois níveis de cuidados. E como tal, uma análise de comparação dos internamentos por ACSC nas ULS e nas áreas sem ULS afigura-se como interessante para perceber se das ULS resultam ganhos de coordenação que se reflitam numa menor ocorrência de hospitalizações desnecessárias.

O indicador de internamentos por ACSC analisado consiste, concretamente, na proporção de episódios de internamento com diagnóstico principal de ACSC no total de episódios de internamento, num dado hospital.[59]

Um aspeto chave na construção deste indicador reside na definição do que são diagnósticos correspondentes a ACSC. Seguindo o método da investigação seminal sobre este tema, e também o mais usado, os diagnósticos principais dos episódios de internamento foram classificados como ACSC e não ACSC com base na lista de códigos ICD-9-CM aplicada em Billings et al. (1993) (apresentada no anexo IV)[60].

O cálculo da proporção de internamentos por ACSC nos hospitais do SNS baseia-se em dados dos registos de internamentos do ano de 2013. Como se revela na tabela *infra*, dos 909.502 episódios de internamento registados nesse ano nos hospitais do SNS, 73.932 (8,1%) tiveram como diagnóstico principal uma ACSC.

[59] Há formas alternativas de construção de indicadores de incidência de hospitalização de ACSC como, por exemplo, o quociente entre o número internamentos por ACSC num hospital e o número de habitantes da área de abrangência desse hospital, métrica que se adopta em Carneiro (2011). Todavia, optou-se no presente estudo por uma medida que pode ser comparada entre regiões sem sofrer distorções de base populacional.

[60] Esta lista de condições/diagnósticos para os quais cuidados de saúde primários ou ambulatórios atempados e adequados podem ajudar a reduzir o risco de hospitalização foi desenvolvida por Billings et al. (1993) com base no contributo de um painel de especialistas, médicos internistas e pediatras, usando a técnica de Delphi para obter consenso.

Tabela 29 – Hospitalizações por ACSC, 2013

Região	Total de internamentos	Internamentos por ACSC	Proporção de internamentos por ACSC
ARS Norte	**324.833**	**22.558**	**6,9%**
ULS Alto Minho	20.281	2.155	10,6%
ULS Matosinhos	17.170	1.214	7,1%
ULS Nordeste	13.511	1.567	11,6%
ARS Centro	**182.911**	**17.338**	**9,5%**
ULS Guarda	10.856	1.245	11,5%
ULS Castelo Branco	9.246	1.017	11,0%
ARS LVT	**330.222**	**27.171**	**8,2%**
ARS Alentejo	**36.834**	**3.612**	**9,8%**
ULS Norte Alentejano	9.618	1.329	13,8%
ULS Baixo Alentejo	9.161	699	7,6%
ULS Litoral Alentejano	5.199	752	14,5%
ARS Algarve	**34.702**	**3.253**	**9,4%**
Nacional	**909.502**	**73.932**	**8,1%**

Fonte: elaboração própria com dados do Conjunto Mínimo Básico de Dados para Grupos de Diagnósticos Homogéneos (BD GDH) da ACSS

Na tabela seguinte apresentam-se os cinco diagnósticos de ACSC mais frequentes em internamento, os quais, no seu conjunto, representaram 76% de todos os internamentos de ACSC.

Tabela 30 – As cinco hospitalizações por ACSC mais frequentes, 2013

Código ICD-9-CM	Descrição do diagnóstico	Peso no total de internamentos por ACSC
486	Pneumonia devida a microrganismo não especificado	40%
5990	Infeção do trato urinário, local não especificado	14%
4660	Bronquite aguda	13%
4829	Pneumonia bacteriana não especificada	4%
485	Broncopneumonia devida a microrganismo não especificado	4%

Fonte: elaboração própria com dados do Conjunto Mínimo Básico de Dados para Grupos de Diagnósticos Homogéneos (BD GDH) da ACSS

Regressando à análise da tabela 29, verifica-se que as ULS de Matosinhos e Baixo Alentejo apresentaram, em 2013, as mais baixas proporções de internamentos com diagnósticos de ACSC no total dos internamentos, sendo as duas únicas ULS com uma proporção abaixo da média nacional. No entanto, merece particular destaque a constatação de que, com a exceção da ULS do Baixo Alentejo, todas as demais ULS apresentaram uma proporção de internamentos por ACSC superior à proporção em toda a ARS em que se inserem. Esta constatação sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares

proporcionados pela criação de ULS não se estarão a refletir numa redução de hospitalizações desnecessárias.

Em conclusão, os hospitais não integrados em ULS, em geral, revelaram ser mais eficientes que os hospitais integrados. Da análise do rácio de enfermeiros por médicos resulta que, com algumas exceções, a combinação de profissões de saúde nas ULS privilegia um maior número de enfermeiros por médico do que acontece nas áreas não cobertas por ULS na mesma região de saúde.

Ao nível da atividade hospitalar verificou-se, no período de 2010 a 2013, uma tendência de crescimento da proporção de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias, nos dois grupos de hospitais, embora os hospitais não integrados em ULS exibam em todos os anos uma proporção média de ambulatório superior à dos hospitais integrados em ULS.

O tempo de estadia em internamento é maior, em média, nos hospitais integrados em ULS, e cresceu nestes hospitais, entre 2011 e 2013, mais um ponto percentual do que nos hospitais não integrados em ULS. No procedimento econométrico em que se estuda o tempo de estadia em internamento levando em conta, para além do estatuto de ULS ou não ULS do hospital, características do doente e da natureza do episódio em si, o diferencial entre ULS e não ULS continua a verificar-se, o que reforça a conclusão.

Por último, na análise das proporções de internamentos com diagnósticos de ACSC no total dos internamentos, constatou-se que com a exceção da ULS do Baixo Alentejo, todas as demais ULS apresentaram valores superiores aos exibidos por toda a ARS em que se inserem. Esta constatação sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares proporcionados pela criação de ULS não se estarão a refletir numa redução de hospitalizações desnecessárias.

5.2. Desempenho económico-financeiro

Modelo de financiamento

Como se descreve em Campos e Simões (2011), ao nível dos métodos de pagamento aos hospitais, nos países da União Europeia vem-se verificando uma tendência de

substituição do pagamento retrospetivo das atividades pelo estabelecimento de orçamentos prospetivos. Este sistema assume, todavia, diferentes formas concretas, designadamente as de orçamentos prospetivos baseados nas despesas de períodos anteriores, orçamentos prospetivos baseados nas atividades ou nas funções dos hospitais, orçamentos prospetivos combinados com pagamentos de atividades e pagamentos de acordo com as atividades, que podem ser baseados no *case-mix* ou em pacotes de serviços hospitalares.

Em Portugal, atualmente, o pagamento da atividade hospitalar no SNS assenta, genericamente, num modelo de orçamentos prospetivos baseados nas atividades ou nas funções dos hospitais. No entanto, na prática o processo de contratualização leva em conta vários outros aspetos e contempla características diversas, tais como incentivos à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, programas verticais de financiamento do tratamento de doenças específicas (p.e., esclerose múltipla e hipertensão pulmonar), ou penalizações associadas ao incumprimento de determinadas tarefas assistenciais e de reporte de informação.[61]

No caso das ULS, o sistema de financiamento é distinto, assentando antes num modelo de financiamento por capitação, com uma componente de pagamento associada ao cumprimento de objetivos.

Os méritos e os riscos deste modelo de financiamento da prestação de cuidados de saúde foram já extensamente tratados na literatura de investigação sobre o tema. Com efeito, se é verdade que, por um lado, em sistemas de reembolso de custos há incentivos à sobre-provisão de, por exemplo, exames de diagnóstico[62] e hospitalizações[63], por outro lado em sistemas de pagamento por capitação existem incentivos à sub-provisão de cuidados[64]. Tais incentivos decorrem de diferentes formas de distribuição do risco financeiro da prestação de cuidados de saúde. No caso dos sistemas de financiamento por capitação, existe a transferência de uma grande

[61] Todas as componentes do processo de contratualização em que assentam os contratos-programa do SNS estão definidas no documento "Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos 2014", da ACSS, disponível em http://www.acss.min-saude.pt/DirecçõeseUnidades/FinanciamentoeContratualização/ContratualizaçãoHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx.

[62] Epstein, A.M., Begg, C.B., McNeil, B.J. (1986), "The use of ambulatory testing in prepaid and fee-for-service group practices", *New England Journal of Medicine*, 314, pp. 1089-94.

[63] Greenfield, S., Nelson, E., Zubkoff, M. (1992), "Variations in resource utilization among medical specialities and systems of care", *The Journal of the American Medical Association*, 267, pp. 1624-30.

[64] Kerr, E.A., Mittman, B.S., Hays, R.D., Leake, B., Brook, R.H. (1996), "Quality Assurance in Capitated Physician Groups. Where Is the Emphasis?", *The Journal of the American Medical Association*, 276(15), pp.1236-1239.

parte do risco financeiro para o lado dos prestadores. Neste modelo, os prestadores recebem, a título de financiamento das atividades em saúde, um valor por cada utente sob a sua responsabilidade num determinado período de tempo, valor esse que é baseado nos custos médios de tratamento de um utente. Como tal, é normal que uma parte dos utentes exija, no período em causa, cuidados de saúde com custos acima desse pagamento *per capita*, sendo esta diferença entre custo e pagamento suportada pelo prestador.

Contrabalançado estes incentivos, são igualmente associados aos sistemas de pagamento por capitação incentivos à promoção da prevenção da doença e ao tratamento precoce, bem como a um maior enfoque nos cuidados de saúde primários como forma de gerir a saúde das populações evitando hospitalizações mais dispendiosas.[65]

Um elemento-chave na implementação de sistemas de capitação, o qual visa mitigar aqueles incentivos à sub-provisão de cuidados, é o ajustamento do pagamento *per capita* pelo risco da população sob a responsabilidade de cada prestador. Isto significa, na prática, que os prestadores que servem uma população com previsivelmente maiores necessidades de cuidados de saúde devem receber um financiamento *per capita* proporcionalmente superior a outros que servem populações mais saudáveis. Sendo um aspeto crucial para a garantir um financiamento ajustado às reais necessidades de cada região, o modelo de ajustamento pelo risco é também uma das componentes tecnicamente mais desafiantes no desenho e implementação de sistemas de pagamento por capitação.[66]

Devido à já referida impossibilidade de a ERS obter o conjunto de dados solicitados à ACSS para concretização do presente estudo, não foi possível a realização de uma análise empírica que permitisse um aprofundamento do conhecimento sobre o modelo de financiamento das ULS e os seus resultados.

Adicionalmente, a vertente do financiamento das ULS foi já amplamente abordada pela ERS, em distintas intervenções regulatórias, designadamente, no já mencionado estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde publicado em 2011. Por isso, e uma vez que não se revela pertinente uma abordagem extensa

[65] Pedersen, C.A., Rich, E.C., Kralewski, J., Feldman, R., Dowd, B., Bernhardt, T.S. (2000) "Primary care physician incentives in medical group practices", *Archives of Family Medicine*, 9(5), pp. 458-62.
[66] Goodson, J.D., Bierman, A.S., Fein, O., Rask, K., Rich, E.C., Selker, H.P. (2001), "The Future of Capitation: The Physician Role in Managing Change in Practice", *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), pp. 250-256.

da temática, porquanto a mesma seria necessariamente repetida, aqui se remete, nesta parte, para o teor do referido estudo.

Não obstante, e considerada a anuidade das regras que são impostas aos prestadores, importa referir que compete à ACSS estabelecer, em documento que tem sido mais recentemente publicado sob a designação de "Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos", os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas ARS e respetivos hospitais (EPE e SPA) e ULS, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar no ano a que respeita.

Para o ano de 2014, foi mantido o contrato-programa definido para o triénio 2013/2015 assente no peso de medidas de qualidade e acesso, a evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e a responsabilização das entidades hospitalares pelos encargos gerados. Além do mais, ali é feita referência à forte restrição orçamental decorrente da atual conjuntura económica e financeira e à exigente manutenção de esforços de contenção dos gastos públicos e um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público. É ali imposta uma contínua exigência na procura da sustentabilidade económico-financeira do SNS, perante uma diminuição de financiamento previsto para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 3,5%, face ao ano de 2013, e necessário aproveitamento dos recursos disponíveis, numa perspetiva de articulação e de complementaridade, com vista a manter elevados níveis de qualidade concretizados no acesso e eficiência na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

Ademais, conforme ali se refere, o processo de planeamento estratégico definido para o triénio 2013/2015 deverá contribuir para a estabilização organizativa da prestação de cuidados hospitalares no nosso país e para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável, transparente e ciente das necessidades das populações, no sentido da criação de valor em saúde e obtenção de ganhos de acesso, qualidade e eficiência para a população. O exercício de contratualização de 2014 mantém-se alinhado com os princípios defendidos no processo de planeamento estratégico em curso, permitindo que o mesmo tenha aderência à realidade concreta das instituições hospitalares do SNS.

Assim, o Orçamento do Estado para 2014 impôs a tomada de medidas sobre as principais componentes da estrutura de custos dos hospitais e ULS, ou seja, sobre os custos com medicamentos, MCDT e recursos humanos. Também dali decorre a imposição de um esforço no sentido da melhoria contínua do processo de

contratualização e das modalidades de pagamento incluídas nos contratos-programa dos hospitais e ULS, para 2015 e anos subsequentes, com principal destaque para, designadamente, as áreas do pagamento da atividade exclusivamente considerada nas carteiras de serviços previstas para a instituição, nas novas linhas de doente tratado (p.e., artrite reumatoide, doença de Crohn), na definição de um índice de *case-mix* baseado no peso de consultas diferenciadas de cada hospital e revisão do índice de consultas subsequentes, na introdução de preço diferenciado por tipo de tratamento e triagem e de preço por disponibilidade de serviços nas urgências.

Em concreto, para as ULS, a metodologia a aplicar para alocação dos recursos financeiros segue a modalidade definida para o período 2010-2012, em que o valor *per capita* a atribuir a cada ULS parte de um valor nacional, posteriormente ajustado a cada ULS através de um índice, que considera as características das populações e reflete as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde. Para aquele triénio, a modalidade de pagamento das ULS estabeleceu que o valor *per capita* de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa[67] (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%), sendo este último aferido através da taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia)[68].

Com efeito, ali mais é referido que, para o caso das ULS, e em complemento à contratação da atividade hospitalar, serão também contratadas as áreas de intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários, em concreto, a personalização de cuidados, a utilização dos serviços, a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida, os programas de Vigilância Oncológica/Rastreios, a vigilância clínica das situações de doença crónica e, ainda, os cuidados em situação de doença aguda.

---

[67] De acordo com o ali definido, a componente de determinantes da despesa é baseada num modelo explicativo da variação da despesa, o qual assenta numa regressão linear múltipla, em que as três variáveis do modelo são as variáveis independentes e a despesa total (despesa de cuidados de saúde primários e despesa de cuidados hospitalares) é a variável dependente.

[68] Assim, de acordo com os cálculos ali apresentados, foi calculada, *per capita* e para o ano de 2014, na área da ARS Norte, o valor de 516 EUR, 500 EUR e 521 EUR (para a ULS do Nordeste, a ULS do Alto Minho e a ULS de Matosinhos, respetivamente), na área da ARS do Centro, o valor de 514 EUR e 571 EUR (para a ULS da Guarda e ULS de Castelo Branco, respetivamente), e na área da ARS Alentejo, o valor de 620 EUR, 580 EUR e 510 EUR (para a ULS do Norte Alentejano, ULS do Baixo Alentejo e ULS Litoral Alentejano, respetivamente). Por seu lado, os 6% refletem-se em 3% para cuidados de saúde primários, alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com os ACES e 3% para cuidados de saúde secundários, alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com os hospitais/centros hospitalares, e considerando objetivos de integração de cuidados ao nível do eixo regional.

Ademais, é ali mencionado que para a contratualização com as ULS, a repartição dos 10% do contrato-programa afetos ao cumprimento de objetivos respeita uma distribuição de 6% para objetivos de qualidade, 4% para objetivos de eficiência e sustentabilidade financeira, alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com os hospitais/centros hospitalares.

Prazo médio de pagamento a fornecedores

No âmbito do desempenho económico-financeiro, analisa-se seguidamente o prazo médio de pagamento (PMP) a fornecedores dos hospitais do SNS, comparando-se este indicador entre hospitais integrados e não integrados em ULS. Este indicador revela quanto tempo (em dias) demora um hospital, em média, a pagar os créditos que obtém dos seus fornecedores, e reflete aspetos operacionais da gestão dos recursos e da relação das unidades de saúde com os fornecedores.

Na análise foram considerados os PMP[69] a fornecedores registados pelos estabelecimentos de cuidados de saúde hospitalares, dos quais oito pertencem a ULS e 40 não se encontram integrados em ULS, no horizonte temporal compreendido entre o primeiro trimestre de 2010 e o segundo trimestre de 2014[70].

O tema do prazo de pagamento dos hospitais do SNS aos fornecedores foi recentemente abordado pela ERS no estudo "Custos de Contexto no Setor da Saúde"[71], publicado em janeiro de 2015. Cumpre salientar que este foi considerado um dos principais problemas de cariz financeiro do SNS aquando da definição das

[69] Dando cumprimento à Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro, a ACSS publica o PMP registado trimestralmente por cada unidade de saúde, em http://www.acss.min-saude.pt/Publicações/PMPPagaraTempoeHoras/tabid/347/language/pt-PT/Default.aspx.
Na referida resolução é publicado, em anexo, o "Programa Pagar a Tempo e Horas" que vem dar "[…] forma integrada ao estabelecido no Programa do Governo nos pontos em que se postula o objetivo de diminuir os atrasos dos pagamentos comerciais e assegurar um comportamento exemplar das entidades públicas". Ali, mais é definido que compete à ACSS, publicar, na sua página eletrónica, entre outras informações, até ao final do mês de abril, o PMP registado por cada unidade de saúde até ao final do 4.º trimestre do ano anterior e a média do PMP registada pelas unidades de saúde à mesma data, ponderado pelo valor anual de aquisições de bens e serviços. Importa também referir que na resolução é indicado, em quadro, o grau de cumprimento que serve para a definição dos objetivos dos prazos de pagamento e respetivo grau de cumprimento a considerar na elaboração dos contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde.
[70] Entre o 1.º trimestre de 2013 e o 4.º trimestre de 2012 a informação do PMP é relativa a oito ULS, e para os restantes trimestres em análise, consideram-se apenas cinco ULS. Para os dois primeiros trimestres de 2014, a amostra é constituída por 28 hospitais, dos quais cinco são ULS.
[71] Disponível em www.ers.pt.

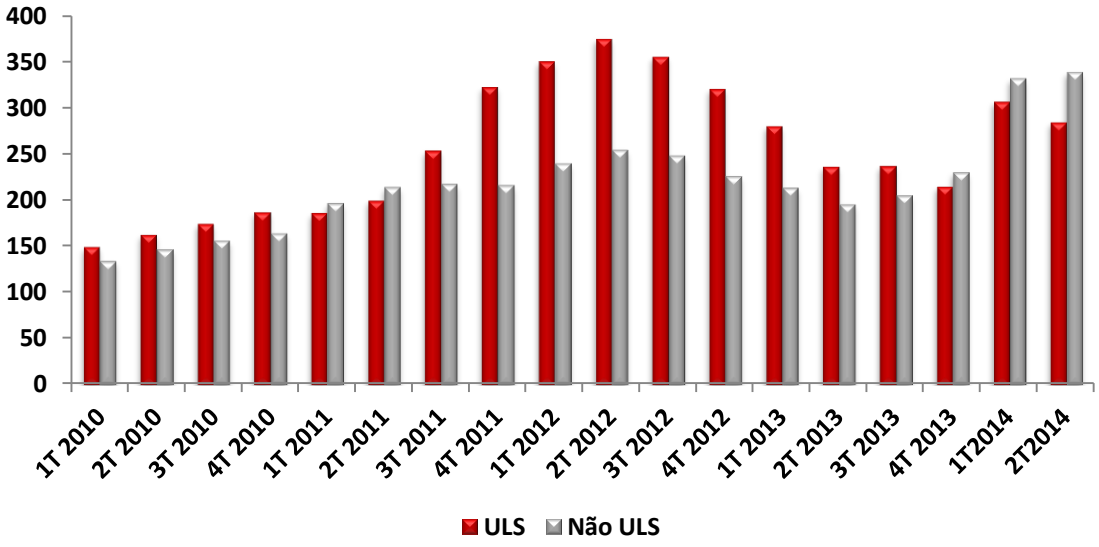
reformas a fazer no âmbito do programa de assistência financeira externa a Portugal. De facto, na primeira versão do Memorando de Entendimento (MoU), firmado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), encontrava-se prevista como medida aplicável aos serviços hospitalares "[e]stabelecer um calendário ambicioso e vinculativo para liquidar todos os pagamentos em atraso (pagamentos devidos a fornecedores nacionais com atraso superior a 90 dias) e introduzir procedimentos de controlo padronizados em todas as entidades, para evitar o reaparecimento de pagamentos em atraso".

Não obstante, da interligação entre prestadores públicos e prestadores privados existe a necessidade de um equilíbrio que não deve ser descurado, tanto mais que o custo de contexto para um agente pode surgir da diminuição de um custo de contexto para outro. Neste ponto, a própria legislação que acautela um tipo de agente poderá por em crise a atividade de outro agente. Com efeito, algumas imposições legais a que se obrigam os hospitais públicos podem não facilitar o desenvolvimento da sua atividade, implicando que a salvaguarda dos fornecedores, de que é exemplo a "lei dos compromissos"[72], se reflita em custos de contexto para a atividade dos hospitais públicos.

Porém, de acordo com a análise do gráfico *infra*, constata-se que a média do PMP a fornecedores aumentou até ao segundo semestre de 2012, com os hospitais integrados em ULS a exibirem tempos superiores aos hospitais não integrados, sobretudo no último trimestre de 2011 e em todo o ano de 2012. O terceiro trimestre de 2012 marca uma inversão da tendência, verificando-se nos trimestres seguintes uma sucessiva redução dos PMP, nos dois tipos de unidades, e com aproximação dos prazos entre ULS e não ULS; todavia, esta recuperação foi interrompida no primeiro semestre de 2014.

[72] Cfr. Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, que prevê a autorização das despesas para as quais se prevê que exista cabimento orçamental no prazo de três meses.

Gráfico 7 – Média do PMP nos hospitais integrados e não integrados em ULS



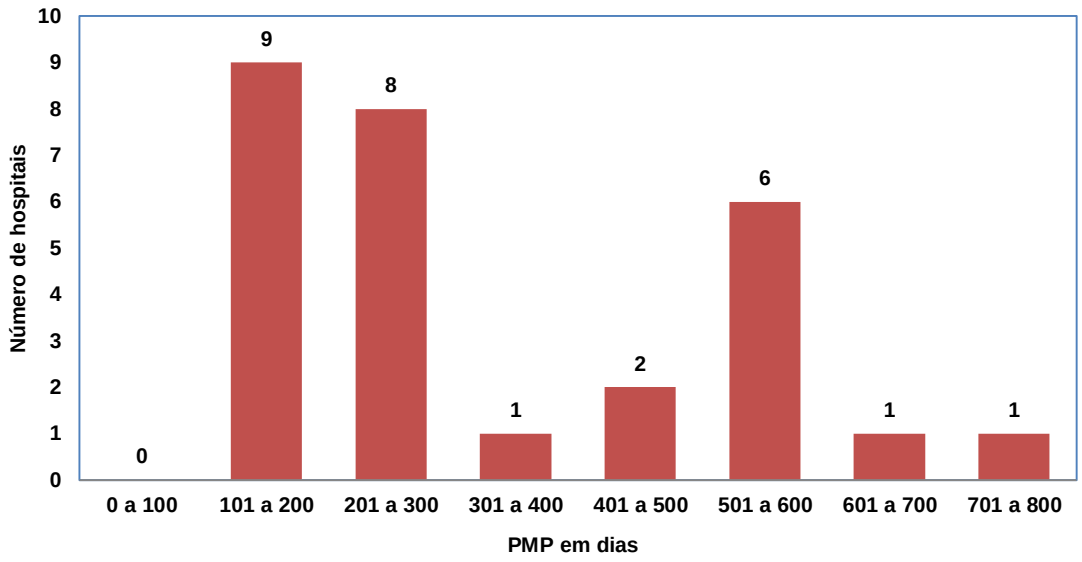
De acordo com os dados mais recentes, relativos ao segundo trimestre de 2014, os PMP a fornecedores são ainda elevados, tendo atingido os cerca de 285 dias nos hospitais integrados em ULS e cerca de 340 dias nos hospitais não integrados.

Verifica-se também, e tal como se pode observar no gráfico *infra*, que todos os hospitais, tanto os integrados em ULS como os não integrados, excedem o PMP de 60 dias[73]. Pode mesmo encontrar-se hospitais não integrados em ULS com PMP acima

[73] O regime publicado pelo Decreto-Lei n.º 62/2013, de 10 de maio, aplica-se a todos os pagamentos devidos nas transações comerciais efetuadas (também) entre empresas e as entidades públicas. Nestas circunstâncias, o artigo 5.º sob a epígrafe "Transações entre empresas e entidades públicas", determina que os prazos de pagamento definidos no n.º 3 do artigo 4.º do mesmo diploma, – ou seja, os 30 dias a contar da data em que, alternativamente, o devedor receba a fatura, o devedor receba efetivamente os bens ou serviços e a data da receção de fatura seja incerta ou seja recebida antes do efetivo fornecimento, ou ainda, os 30 dias a contar da data da verificação e o devedor receba a fatura em data anterior ou na data da aceitação ou verificação –, são alargados para os 60 dias no caso das entidades públicas que prestem cuidados de saúde e estejam devidamente reconhecidas como tal. Certo é que este diploma não se aplica atualmente a todas as dívidas detidas pelas unidades de saúde do SNS. Com efeito, e conforme decorre do artigo 12.º do mesmo decreto-lei, sob a epígrafe "Disposição transitória", foi definida uma moratória até 31 de dezembro de 2015 para as entidades públicas pertencentes ao SNS, com exceção dos valores devidos a fornecedores que sejam micro ou pequenas empresas. Por isso, em todas as demais situações, deve considerar-se o estipulado, por um lado, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008 – em concreto, o quadro referente ao grau de cumprimento do objetivo – e a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro com as suas sucessivas alterações. Finalmente, importa referir que a Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (lei do orçamento do Estado), pelo seu artigo 183.º "Regularização extraordinária dos pagamentos aos fornecedores do sector público administrativo e empresarial", definiu que "[…] nos casos em que os prazos acordados, ou os prazos efetivos de pagamento, excedam os 60 dias, os órgãos de gestão devem contactar os fornecedores, propondo a renegociação das condições contratuais, em ordem a ser obtida uma adequada compensação em função do período de antecipação e do custo do financiamento implícito". Naquela data, foi determinada a obrigação de cada uma das entidades do sector público e empresarial assegurar a divulgação através das páginas eletrónicas, da situação no final de cada semestre, nos termos a fixar pelos serviços de inspeção com competência sobre cada

dos 600 dias, e um hospital integrado em ULS com PMP acima dos 400 dias, no segundo trimestre de 2014[74], numa amostra de 28 hospitais com a informação disponível.

Gráfico 8 – Distribuição dos hospitais por PMP no 2T2014



Deve ainda notar-se que, entre o primeiro trimestre de 2010 e o segundo trimestre de 2014, o PMP nos hospitais integrados em ULS aumentou 91%, com um crescimento anual médio de 4%, e nos hospitais não integrados aumentou 152%, com um crescimento anual médio de 5%.

Tabela 31 – PMP nos hospitais integrados e não integrados em ULS (1T2010-2T2014)

Integração em ULS	Taxa de variação	Taxa de variação média	Média do PMP no 2T2014
ULS	91%	4%	285,0
Não ULS	152%	5%	339,7

Conclui-se, assim, que os PMP a fornecedores são elevados, tanto nos hospitais integrados em ULS como nos hospitais não integrados, não obstante a priorização anunciada pelo Governo relativamente a esta matéria.

entidade e em coordenação com a Inspeção-Geral de Finanças, devendo identificar, designadamente, os montantes em dívida para cada prazo, agrupados segundo a natureza de bem ou serviço fornecido.

[74] Cfr. informação de acompanhamento do indicador do prazo médio de pagamentos, publicada pela ACSS em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/PMP%204trim_2013_EPE.pdf.

6. Conclusões

O presente estudo, realizado no sentido de se avaliar o desempenho das ULS numa ótica de acesso, qualidade, eficiência e desempenho económico-financeiro, permitiu concluir o seguinte:

1. A integração dos cuidados de saúde constitui uma resposta organizacional aos desafios com que os sistemas de saúde se deparam. Na génese das ULS esteve o objetivo de criar, por intermédio de um processo de gestão e de integração vertical de diferentes níveis de cuidados, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente continuados.

2. Este processo de integração através das ULS surge, num primeiro momento, em Portugal Continental, com a criação, em 1999, da ULSM. Só quase uma década depois, em 2007, se prosseguiu com a criação da ULSNA, no ano seguinte, com a ULSAM, a ULSBA e a ULSG, em 2009, com a ULSCB, passados dois anos, surge a ULS Nordeste e, por último, em 2012, foi constituída a ULS Litoral Alentejano. Considerada uma ótica regional, somente em duas regiões de saúde, nas ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, não existem ULS.

3. Recorrendo ao histórico da atividade regulatória da ERS envolvendo ULS, no que respeita à temática do acesso destaca-se o cumprimento do tempo de resposta, útil e adequado, para marcação e realização dos MCDT e de consultas de especialidade e, ainda, para marcação e realização de cirurgias programadas, no âmbito do SIGIC.

4. Ao nível do acesso, avaliado numa ótica de proximidade, constata-se que o grau de proximidade da rede de cuidados de saúde primários às populações é similar em áreas de ULS e não ULS, e, em ambos os casos, a percentagem de habitantes que reside até 15 minutos de viagem de um ponto de oferta, está acima dos 90%.

5. Ainda quanto ao acesso, numa ótica de capacidade, nos cuidados de saúde hospitalares, e considerados rácios de médicos e enfermeiros no total da população, verifica-se que as áreas abrangidas por ULS exibem uma menor dotação relativa de profissionais de saúde do que as áreas não abrangidas pelas ULS. Nos cuidados de saúde primários a constatação é inversa, com as ULS a

revelarem uma dotação de profissionais de saúde relativamente à população superior ao que acontece nas áreas não abrangidas por ULS.

6. Numa perspetiva temporal do acesso a cirurgias, em termos médios, não se verificam diferenças significativas entre estabelecimentos integrados e não em ULS. Realça-se, no entanto, que nos dois tipos de unidades, a percentagem de episódios operados com tempo de espera superior ao TMRG tem vindo a aumentar.

7. Na avaliação da qualidade, consideraram-se os resultados dos prestadores aderentes ao SINAS, em quatro dimensões, a saber, "Excelência Clínica", "Segurança do Doente", "Focalização no Utente" e "Adequação e Conforto das Instalações". Constatou-se que apenas na atribuição da estrela relativa à dimensão da "Segurança do Doente" se encontraram diferenças significativas entre hospitais integrados em ULS e não integrados, com os segundos a apresentarem, em média, melhores resultados. Nas demais dimensões, e com a exceção da avaliação da "Excelência Clínica" nos procedimentos de enfarte agudo do miocárdio, as diferenças não são estatisticamente significativas.

8. Ainda na análise da qualidade, identificam-se os principais constrangimentos reportados pelos utentes à ERS, e os assuntos das reclamações inseridas no sistema SIM-Cidadão gerido pela DGS. Nas reclamações trazidas ao conhecimento da ERS, verificou-se que, no que respeita aos assuntos visados, o cenário é muito parecido entre ULS e não ULS, com exceção dos "tempos de espera superiores a uma hora", o quarto tema mais visado nas reclamações dos utentes das ULS, mas que se releva como pouco importante nos estabelecimentos não integrados em ULS. Consideradas as reclamações introduzidas no SIM-Cidadão, constata-se que a taxa de reclamação dos utentes nas unidades de cuidados hospitalares é inferior nos hospitais integrados em ULS relativamente os hospitais não integrados, não obstante tais diferenças não serem estatisticamente significativas.

9. Avaliou-se ainda a eficiência produtiva na prestação de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde hospitalares, integrados em cada uma das ULS. Nos cuidados de saúde primários, considera-se a combinação de profissões de saúde nos recursos humanos disponíveis, onde se verificou que, com a exceção das ULS do Alto Minho, Matosinhos e Guarda, a combinação de profissões de

saúde nas ULS privilegia um maior número de enfermeiros por médico do que acontece nas áreas não cobertas por ULS, na mesma região de saúde.

10. No caso dos cuidados de saúde hospitalares, a análise do rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias realizadas pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no período de 2010 a 2013, revelou uma tendência de crescimento do ambulatório nos dois grupos de hospitais, embora os hospitais não integrados em ULS exibam, em todos os anos, uma proporção média de ambulatório superior à dos hospitais integrados em ULS.

11. Por seu turno, o tempo de estadia em internamento é maior, em média, nos hospitais integrados em ULS, e cresceu nestes hospitais, entre 2011 e 2013, mais rapidamente do que nos hospitais não integrados em ULS. No procedimento econométrico em que se estuda o tempo de estadia em internamento levando em conta, para além do estatuto de ULS ou não ULS do hospital, características do doente e da natureza do episódio em si, o diferencial entre ULS e não ULS continua a verificar-se.

12. Finalmente, foi estudada a eficiência do funcionamento em rede ao nível da interação entre cuidados primários e hospitalares, através do indicador de internamentos por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), que se interpretam como hospitalizações desnecessárias. Na análise das proporções de internamentos com diagnósticos de ACSC no total dos internamentos, constatou-se que com a exceção da ULS do Baixo Alentejo, todas as demais ULS apresentaram valores superiores aos exibidos por toda a ARS em que se inserem. Esta constatação sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares proporcionados pela criação de ULS não se estarão a refletir numa redução de hospitalizações desnecessárias.

13. Por último, a título de análise do desempenho económico-financeiro, teve-se em consideração o indicador relativo ao prazo médio de pagamento a fornecedores, concluindo-se que tais prazos são elevados, tanto nos hospitais integrados em ULS como nos hospitais não integrados, não obstante a priorização anunciada pelo Governo relativamente a esta matéria. Realça-se que no segundo trimestre de 2014, todos os hospitais com dados publicados excederam o PMP de 60 dias.

Anexo I – Pedido de informação à ACSS

Tendo em vista a elaboração do estudo em resposta à solicitação do Senhor Ministro da Saúde, consubstanciada no seu Despacho n.º 33/2014, de 27 de maio de 2014, a ERS projetou um conjunto de análises que se realizariam com base num conjunto de dados sobre a atividade dos hospitais e unidades de cuidados de saúde primários do SNS.

Para tal, a ERS solicitou à ACSS, através de ofício remetido em 1 de julho de 2014, o envio dos seguintes dados relativos aos hospitais do SNS:

I. Com periodicidade anual, de 1999 a 2013:

- ✓ Número de doentes internados (em doentes padrão);
- ✓ Número de dias de internamento;
- ✓ Número de cirurgias em ambulatório;
- ✓ Número de cirurgias em internamento;
- ✓ Número de primeiras consultas (agregando especialidades);
- ✓ Número de consultas subsequentes (agregando especialidades);
- ✓ Número de médicos ETC;
- ✓ Número de enfermeiros ETC;
- ✓ Custos operacionais com internamento;
- ✓ Custos operacionais com consultas externas;
- ✓ Custos operacionais com hospital dia; e
- ✓ Custos com medicamentos e produtos farmacêuticos consumidos em internamento.

II. Com periodicidade anual, de 2009 a 2013:

- ✓ A base dos tempos máximos de resposta garantidos, contendo: i) o tempo médio de espera por uma consulta externa (em dias, agregando níveis de prioridade e especialidades); e ii) o número de consultas externas (agregando níveis de prioridade e especialidades).

No âmbito dos cuidados de saúde primários e englobando todos os Agrupamentos de Centro de Saúde e centros de saúde em Unidades Locais de Saúde, com periodicidade anual, de 1999 a 2013, solicitou-se dados relativos a:

- ✓ Tempo médio de espera por consulta não relacionada com doença aguda;
- ✓ Número de consultas não relacionadas com doença aguda;
- ✓ Número de consultas relacionadas com doença aguda;
- ✓ Número de médicos ETC; e
- ✓ Número de enfermeiros ETC.

Findo o prazo indicado nesse ofício, atenta a necessidade de obtenção dos dados para a realização do estudo, a ERS efetuou em 18 de julho de 2014 insistência telefónica junto da ACSS, e no dia 28 de julho remeteu ofício para o Ministério da Saúde dando conta destas diligências. No dia 11 de setembro foi feita nova insistência junto da ACSS, sem sucesso.

Até à data de conclusão do presente estudo a ERS não recebeu uma resposta ao pedido de informação dirigido à ACSS.

Anexo II – Atuação regulatória da ERS visando ULS

Marcação e realização de MCDT, em tempo útil e com respeito pelo direito de acesso dos utentes do SNS

Processo de inquérito ERS/017/07

A deliberação final foi publicada em www.ers.pt, em 6 de fevereiro de 2007, e para o qual se remete na íntegra. Note-se que aqui foi analisada a atuação da ULS de Matosinhos, a propósito da prescrição e realização de MCDT aos (seus) utentes e, nessa sequência, deliberado instruir o prestador para que, em suma, fosse por si assegurada a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, inscritos nos Centros de Saúde de Matosinhos, quando exista internalização de MCDT em função da capacidade instalada dessa unidade de saúde, nas melhores condições em termos de qualidade, celeridade, eficiência, as quais não poderão ser inferiores às que teriam lugar se os utentes pudessem continuar a recorrer a operadores privados convencionados. Se ULS verificar que não pode prestar os cuidados de saúde requeridos nas melhores condições em termos de qualidade, celeridade, eficiência, nos termos definidos na alínea anterior, deverá ser entregue ao utente a credencial correspondente (P1), para que este possa escolher livremente o prestador convencionado para a realização dos MCDT prescritos.

Processo de inquérito ERS/008/09

A deliberação final foi publicada em www.ers.pt, em 23 de novembro de 2009, e para a qual se remete na íntegra. Por deliberação do, então, Conselho Diretivo da ERS, a ULS de Matosinhos foi instruída para que realizasse os MCDT, prescritos nos centros de saúde nela integrados, para que procedesse à disponibilização dos resultados respetivos, nas melhores condições de acesso, correspondentes àquelas que, na ausência de um tal procedimento de internalização de exames, seriam ou são praticadas nos prestadores privados convencionados do SNS. Ademais, no caso de não deter capacidade de resposta, a mesma ULS deve proceder à entrega/envio ao utente do documento/credencial necessário para que o mesmo possa recorrer aos serviços de prestadores privados convencionados do SNS. Na sequência da sobredita deliberação, foi deliberado proceder à abertura de um procedimento de monitorização.

Processo de inquérito ERS/045/09

Considerou-se uma exposição apresentada por uma entidade do sector privado convencionada com o SNS, na área de Radiologia, sita em Portalegre, que denunciava, em suma, o encaminhamento dos utentes do SNS acompanhados nos centros de saúde integrados naquela ULS, para as unidades hospitalares aqui integradas. O prestador fundamentou a sua denúncia no facto de que tal indicação contraria o direito de livre escolha pelos utentes, do local onde desejam realizar os exames. Tal realidade implicaria certamente uma lista de espera para a realização dos exames que não existiam na entidade denunciante e, além disso, a qualidade técnica dos exames por si efetuados seriam mais elevada porque resultante dos investimentos efetuados em aparelhagem e da qualidade dos recursos humanos disponíveis. Para além disso, foi igualmente questionado o preço praticado porque, as tabelas praticadas nos hospitais apresentam valores de faturação pelo menos duas vezes mais elevados do que as praticadas pelos convencionados, portanto com mais encargos para a despesa pública.

Não obstante foi decidido proceder ao arquivamento do processo, porque a ULS do Norte Alentejano, EPE estaria não só a assegurar a liberdade de escolha de utentes, no que respeita ao acesso à realização de MCDT, porque àqueles eram entregues as credenciais do SNS prescritas pelos centros de saúde, como estaria a assegurar o direito constitucionalmente consagrado de acesso universal e equitativo de todas as pessoas ao serviço público de saúde, uma vez que, o tempo médio de espera para a realização de exames nas unidades hospitalares integradas na ULS, é idêntico ao tempo médio de espera a que estão sujeitos os utentes do SNS que recorrem a prestadores privados convencionados, nas restantes regiões do país.

Ainda a propósito desta temática, diga-se que a intervenção da ERS tem-se confrontado com a vulgarmente designada, internalização dos MCDT. Nessa medida, aqui se enumeram alguns processos de inquérito em que os prestadores envolvidos não estão integrados em ULS e surgem como parte de outras entidades ou como pessoas jurídicas autónomas, como centros de decisão per si.

Processo de inquérito ERS/043/13

A deliberação final foi publicada em www.ers.pt, uma exposição subscrita pela utente do SNS, implicou a análise de distintas exposições subscritas por vários utentes, no total de 13, todas respeitantes, em suma, às dificuldades sentidas no acesso a tratamentos de MFR e, em concreto, na obtenção de credenciais médicas junto de unidades de cuidados primários do concelho de Ourém, para início e continuidade de

tratamentos de MFR em entidades convencionadas com o SNS, e junto CHMT, EPE. Após a análise de todos os elementos coligidos no predito processo de inquérito foi deliberado, por um lado, recomendar à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, para que, concretize as regras a observar na referenciação dos utentes do SNS nos cuidados de saúde de MFR, e oriente os demais intervenientes no sentido de adotarem todos os procedimentos adequados a garantia do direito dos utentes de acesso em tempo útil aos mesmos cuidados de MFR. Além do mais, foi instruído o mesmo Centro Hospitalar para que respeite integralmente os princípios da necessária articulação e cooperação entre si e os cuidados primários, dê cumprimento integral às obrigações decorrentes do artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, pelo que, para tanto e sem exclusão de qualquer outra medida julgada adequada para esse efeito, deverá publicar e manter atualizada, com periocidade trimestral, a informação relativa aos tempos de reposta observados nas diversas modalidades de prestação dos cuidados de saúde, aqui incluídas as consultas de especialidade e os MCDT realizados; e comunicar aos estabelecimentos prestadores de cuidados primários da sua área de influência, da sua efetiva capacidade de resposta na triagem, marcação e atendimento dos utentes. Finalmente, foi o ACES do Médio Tejo igualmente instruído para que que todo e qualquer procedimento a adotar por todos os prestadores da sua área de influência, respeitem integralmente os princípios assumidos pelos Despachos n.º 10430/2011, de 18 de agosto e n.º 12282/201, de 19 de setembro, e aprove todos os procedimentos adequados ao efetivo respeito do acesso dos utentes aos cuidados de saúde de MFR, com a subsequente emissão de circulares normativas que uniformizem os comportamentos de todos os prestadores em si integrados e a revisão e adequação de todas as normas internas e orientações não gerais publicadas.

Processo de inquérito ERS/004/14

A deliberação final foi publicada em www.ers.pt, visou a análise de notícias relativas ao Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E., sobre a, alegada, dificuldade de acesso de dois utentes na realização de colonoscopia. Foi possível concluir que, sem prejuízo de o prestador ter adotado tais procedimentos, certo é que os mesmos não foram corretamente seguidos, nos casos denunciados, sendo assim necessário que estabelecimento prestador previna a ocorrência de situações idênticas. Nesse seguimento, foi emitida uma instrução no sentido de o prestador, em suma, acautelar que a avaliação dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar e respetivos agendamentos seja efetuada dentro do prazo legalmente estabelecido, seja assegurada aos utentes a prestação de informação aos utentes sobre os tempos de espera para a realização de MCDT, seja assegurada a articulação com os ACES de

modo a garantir que aqueles são aptos a efetivar o acesso aos cuidados de saúde e garantir que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados e, ainda, dever proceder à revisão imediata de toda a informação por si inscrita no registo público da ERS.

Marcação e realização de cirurgias programadas, no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

Processo de inquérito ERS/058/13

A deliberação final emitida foi publicada em www.ers.pt, em 14 de fevereiro de 2014. Nesse âmbito foi analisado o comportamento do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE relativo, em suma, ao cancelamento de vale cirurgia do prestador, na qualidade de hospital de origem do utente. O processo foi arquivado, porquanto, no caso em apreço, não se concluiu pela existência de um comportamento suscetível de constituir violação do direito de acesso da utente reclamante. Ainda assim, foi decidido emitir uma recomendação ao sobredito prestador hospitalar para que, em suma, adote todos os procedimentos capazes de garantirem que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível, com antecedência, rigor e transparência a todos os utentes, sobre todos os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para garantia de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento prestador na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Processo de inquérito ERS/093/13

Este processo de inquérito, cuja deliberação final foi objeto de publicação pela ERS, em www.ers.pt, fundamentou-se na denúncia de uma utente a respeito do incumprimento das regras do SIGIC pelo Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. – Hospital de S. Bernardo.

Foi deliberado emitir uma instrução ao sobredito Centro Hospitalar para, em suma, garantir que o atendimento é processado dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC e em integral cumprimento do TMRG fixado por referência à avaliação clínica à mesma realizada; com promoção da informação completa, verdadeira e inteligível, com antecedência, rigor e transparência a todos os utentes, sobre todos os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para garantia de um acesso adaptado à sua condição clínica, com

clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento prestador na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Ademais, foi ali recomendado às ACSS e à ARS de Lisboa e Vale do Tejo I.P. para que as unidades de apoio ao SIGIC nas mesmas integradas, respetivamente, a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia e a Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia de Lisboa e Vale do Tejo, atuem no sentido de assegurar a transferência em tempo oportuno das propostas dos utentes em LIC sempre que o Hospital de Origem deixe de ter competência para a realização de determinado procedimento cirúrgico e garantir um adequado controlo dos procedimentos de cancelamento de inscrição na LIC, assegurando que os mesmos se reconduzem aos motivos taxativamente fixados.

Anexo III – Rede de ULS e estrutura da oferta

Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM)

A ULSM é constituída pelo Hospital Pedro Hispano, pela Unidade de Convalescença e pelo ACES de Matosinhos. O ACES de Matosinhos é constituído por quatro Centos de Saúde:

- Leça da Palmeira, que inclui as unidades funcionais associadas de Extensão de Saúde Leça da Palmeira, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Santa Cruz do Bispo, Extensão de Saúde Perafita, Extensão de Saúde Lavra, Unidade de Saúde Familiar Maresia, Unidade de Cuidados na Comunidade Leça da Palmeira, Unidade de Saúde Familiar Progresso, Unidade de Saúde Familiar Leça e a Unidade de Saúde Familiar Dunas;
- Matosinhos, que inclui as unidades funcionais associadas de Unidade de Saúde Familiar Horizonte, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Matosinhos, Unidade de Cuidados na Comunidade Matosinhos e Unidade de Saúde Familiar Oceanos;
- São Mamede de Infesta, que inclui as unidades funcionais associadas Unidade de Cuidados na Comunidade São Mamede de Infesta, Unidade de Saúde Familiar Porta do Sol, e a Unidade de Saúde Familiar Infesta;
- Senhora da Hora, que inclui as unidades funcionais associadas de Extensão de Saúde Privada I, Extensão de Saúde Privada II, Extensão de Saúde Privada III, Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora, e a Unidade de Saúde Familiar Caravela.

Estão, também incluídos, como prestadores associados do ACES de Matosinhos o Centro de Diagnóstico Pneumológico, o SASU (Serviço de Atendimento a Situações de Urgência) de Matosinhos, a Unidade de Saúde Pública (USP) de Matosinhos, e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhado de Matosinhos.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Pedro Hispano são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Plástica Reconstrutiva, Dermato-venereologia, Doenças Infeciosas, Endocrinologia – Nutrição, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Hematologia Clínica, Imunoalergologia, Imunohemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neuropediatria,

Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria e Urologia.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSM são oferecidos os tratamentos ou atividades médicas que abrangem consultas programadas no âmbito de programas de vigilância e promoção da saúde, em diversas faixas etárias: saúde infantil, juvenil e do adolescente, saúde do adulto, e saúde do idoso; consultas programadas em vigilâncias específicas: planeamento familiar e saúde materna; consultas programadas no âmbito de rastreios oncológicos: cancro da mama, cancro do colo uterino, cancro do cólon e recto; consultas programadas de acompanhamento de doentes com doenças crónicas com programas específicos: diabéticos e hipertensos; e sem programas específicos: consultas programadas por outros motivos, consultas não programadas para doenças agudas, consulta aberta, consulta de intersubstituição, vacinação, tratamentos do âmbito de enfermagem e injetáveis programados e por situações agudas, sistema de renovação de medicação para doenças crónicas, teledermatologia; consultas no domicílio: a doentes dependentes e com limitações que impossibilite deslocação, e a puérperas e recém-nascidos; serviços complementares: análises clínicas, apoio do serviço social, consulta de nutrição - por referenciação, consulta de psicologia - por referenciação, consulta de psiquiatria - por referenciação, controlo de hipocoagulação, e cuidados continuados integrados; e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSM tem um estabelecimento de cuidados de saúde hospitalares, 26 estabelecimentos de cuidados de saúde primários e cinco estabelecimentos com outro tipo de cuidados de saúde.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA)

A ULSNA é constituída pelo Hospital Santa Luzia de Elvas e pelo Hospital Dr. José Maria Grande, conjuntamente com o ACES de São Mamede. O ACES de São Mamede é constituído por 16 Centos de Saúde:

- Avis, que inclui as extensões de saúde de Alcorrego, Maranhão, Valongo, Benavila, Ervedal, Aldeia Velha, Figueira e Barros,
- Campo Maior, que inclui as extensões de saúde de Degolados, Ouguela, e a Unidade de Saúde Familiar Raiamaior;

- Elvas, que inclui as extensões de saúde de S. Vicente, St.ª Eulália, Barbacena, Vila Fernando, Terrugem, Vila Boim, Varche, e as Unidades de Saúde Familiar Uadiana e Amoreira;
- Sousel, que inclui as extensões de saúde de Saúde Santo Amaro, Cano, Casa Branca;
- Alter do Chão, que inclui as extensões de saúde de Cunheira, Chança e Seda;
- Arronches, que inclui as extensões de saúde de Esperança e Mosteiros;
- Castelo de Vide, que inclui a extensão de saúde de Póvoa e Meadas;
- Crato, que inclui as extensões de saúde de Pisão, Aldeia da Mata, Monte da Pedra, Vale do Peso e Gafete;
- Fronteira, que inclui as extensões de Maceiras, Seda e Cabeço de Vide;
- Gavião, que inclui as extensões de Atalaia, Belver, Comenda, Vale de Gaviões, São Bartolomeu;
- Marvão, que inclui as extensões de saúde de Alvarrões, Beirã, Escusa, Galegos, Porto da Espada, Santo António das Areias, e São Salvador de Aramenha;
- Monforte, que inclui as extensões de saúde de Assumar, St.º Aleixo e Vaiamonte;
- Montargil, que inclui a extensão de saúde Foros do Arrão;
- Nisa, que inclui as extensões de saúde de Arez, Monte Claro, Pé da Serra, Salavessa, Velada, Monte do Arneiro, Tolosa, Alpalhão, Amieira do Tejo, e Montalvão;
- Ponte de Sôr, que inclui as extensões de saúde de Vale de Açor, Longomel, Torre das Várgens, Tramaga, e Galveias;
- Portalegre, que inclui as extensões de Alegrete, Atalaião, Assentos, Caia, Carreiras, Reguengo, Ribeira de Nisa, S. Julião, Urra, Portus Alacer, Plátano, Fortios, CDP - Âmbito Distrital, e Alagoa.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Santa Luzia de Elvas são as seguintes: Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Geral, Doenças Infeciosas, Ginecologia/Obstetrícia, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Oncologia Médica, Ortopedia e Pediatria.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Dr. José Maria Grande são as seguintes: Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Dermato-Venereologia, Doenças Infeciosas, Gastrenterologia, Ginecologia, Hematologia Clínica, Imunohemoterapia, Medicina do Trabalho, Medicina Física e de

Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria e Urologia.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSNA são oferecidos diversos serviços de saúde que abrangem as consultas de Medicina Geral e Familiar onde se realizam tratamento ou outras atividades tais como: saúde infantil, saúde juvenil; saúde sexual e reprodutiva (Planeamento Familiar) - mulheres entre os 15-49 anos; saúde materna; saúde dos idosos, aconselhamento a diabéticos, consulta domiciliária, serviço social, consulta de enfermagem, rastreio do colo do útero, e terapêutica de anticoagulação oral; outras especialidades médicas disponíveis: nutrição, controlo de hipocoagulação, psicologia, terapia compressiva, saúde escolar, e psicologia clínica; promoção da saúde: vacinação, preparação para o parto, e saúde oral; outras atividades: avaliação da tensão arterial, distribuição de metadona, domicílios de enfermagem, fisioterapia, injetáveis, pensos, algaliações, fisioterapia, remoção de cerúmen, aerossóis, tamponamento nasal, remoção de pontos, e avaliação de glicemia capilar, e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSNA possui dois estabelecimentos de cuidados de saúde hospitalares, e 94 estabelecimentos de cuidados de saúde primários.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

A ULSAM é constituída pelo Hospital Santa Luzia, de Viana do Castelo, pelo Hospital Conde de Bertiandos, de Ponte de Lima, pelas Unidades de Convalescença dos Arcos de Valdevez e de Valença, e pelo ACES de Alto Minho, que por sua vez, integra treze Centos de Saúde:

- Arcos de Valdevez, que incluí as extensões de saúde de Soajo e de Loureda, as Unidade de Saúde Familiares de Uarcos, Vale do Vez e Arcos Saúde e a Unidade de Cuidados na Comunidade Arcos de Valdevez;
- Barroselas, que incluí a extensão de saúde de Alvarães;
- Caminha, que incluí a Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora e a Unidade de Cuidados na Comunidade Caminha;
- Darque, que incluí as extensões de Vila Nova de Anha, Castelo do Neiva, Chafé, Geraz do Lima e Vila Franca, e a Unidade de Saúde Familiar Arquis Nova;

- Monção, que incluí a extensão de Saúde Tangil e a Unidade de Cuidados na Comunidade Monção;
- Paredes de Coura, que incluí a Unidade de Cuidados na Comunidade Paredes de Coura;
- Ponte da Barca, que incluí a Unidade de Cuidados na Comunidade Ponte da Barca;
- Ponte de Lima, que incluí as extensões de saúde de Fontão, Moreira de Lima, Refóios do Lima, S. Martinho da Gandra, Lethes, Vale do Lima, e a Unidade de Saúde Familiar Mais Saúde, e a Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde Mais Perto;
- Valença;
- Viana do Castelo, que incluí as extensões de saúde de Afife, Carreço, EDP – EP, Lanheses, Meadela, Estaleiros Navais - Posto de Empresa, e Dr. Tiago de Almeida – SLAT, as Unidades de Saúde Familiar Gil Eanes, Atlântico e Tiago de Almeida, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados na Comunidade Viana do Castelo;
- Vila Nova de Cerveira que incluía a extensão de saúde de Covas e a Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde em Movimento;
- Melgaço, que incluí a Unidade de Cuidados na Comunidade Melgaço; e
- Ponte de Lima, que incluí a Unidade de Saúde Familiar Freixo e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Refoios/Fontão.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-Venereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Reumatologia e Urologia.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima são as seguintes: Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-Venereologia, Endocrinologia e Nutrição, Ginecologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSAM são oferecidos diversos serviços de saúde que abrangem as consultas de Medicina Geral e Familiar onde se realizam

tratamento ou outras atividades tais como: controlo de hipocoagulação, nutrição, patologia vascular dos membros inferiores, saúde escolar, aconselhamento a diabético, diabetes, obesidade, hipertensão (HTA), atendimento de jovens e adolescentes, planeamento familiar e saúde materna; consultas de especialidades disponíveis: medicina geral e familiar e saúde pública; meios de diagnósticos: imagiologia (raio-X convencional), ECG – prova de esforço, e audiogramas; promoção da saúde: vacinação crianças, vacinação adultos, saúde oral, preparação para o parto, avaliação da visão, avaliação da audição, e outros programas; outras atividades: pensos, injetáveis, algaliações, aerossóis, aspiração de secreções, remoção de cerúmen, tamponamento nasal, remoção de pontos, domicílios de enfermagem, avaliação da tensão arterial, avaliação de glicemia capilar, e distribuição de metadona; e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSAM tem dois estabelecimentos de cuidados de saúde hospitalares, 58 estabelecimentos de cuidados de saúde primários e dois estabelecimentos com outro tipo de cuidados de saúde.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA)

A ULSBA, EPE, é constituída pelo Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, pelo Hospital São Paulo, em Serpa, e pelo ACES de Baixo Alentejo, que integra treze (13) Centos de Saúde:

- Aljustrel, que inclui as extensões de saúde de Ervidel, Messejana, S. João de Negrilhos e de Rio de Moinhos;
- Almodôvar, que inclui as extensões de saúde de Dogueno, Gomes Aires, Rosário, S. Barnabé, Santa Clara, Santa Cruz, Semblana e Aldeia dos Fernandes;
- Alvito, que inclui a extensão de saúde de Vila Nova da Baronia;
- Barrancos;
- Beja, que inclui as extensões de saúde de Baleizão, Albernoa, Beringel, Cabeça Gorda, S. Matias, Mombeja, Quintos, Salvada, Santa Vitória, Trindade, Mina da Juliana, Trigaches e Unidade de Saúde Familiar ALFABeja;
- Castro Verde, que inclui as extensões de saúde de Entradas, São Marcos da Ataboeira, Sete, Santa Bárbara dos Padrões e Casével;

- Cuba, que inclui as extensões de saúde de Albergaria dos Fusos, Vila Alva, Vila Ruiva e Faro do Alentejo;
- Ferreira do Alentejo, que inclui as extensões de saúde de Aldeia de Ruins, Alfundão, Canhestros, Figueira de Cavaleiros, Gasparões, Odivelas, Peroguarda e Margarida do Sado;
- Mértola, que inclui a extensão de saúde de Mina de São Domingos;
- Moura, que inclui as extensões de saúde de Santo Aleixo da Restauração, Sobral da Adiça, Póvoa de São Miguel, Safara, Amareleja e Santo Amador;
- Ourique, que inclui as extensões de saúde de Garvão, Panóias, Santa Luzia e Santana da Serra;
- Serpa, que inclui as extensões de saúde de Vale Vargo, Brinches, Vales Mortos, Santa Iria, Vila Verde de Ficalho, A-do-Pinto, Pias e Vila Nova de S. Bento; e
- Vidigueira, que inclui as extensões de saúde de Alcaria, Marmelar, Pedrógão, Selmes e Vila Frades.

As especialidades oferecidas pelo Hospital José Joaquim Fernandes em Beja são as seguintes: Anestesiologia, Angiologia/Cirurgias Vasculares, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-facial, Endocrinologia – Nutrição, Genética Médica, Ginecologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria - Consulta geral, Psiquiatria da Infância e da Adolescência e Urologia.

As especialidades de Medicina Física e de Reabilitação e Medicina Interna são oferecidas pelo Hospital São Paulo, em Serpa.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSBA são oferecidos diversos serviços de saúde que abrangem consultas específicas: planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, nutrição, psicologia, rastreio do colo do útero, ginecologia, terapêutica de anticoagulação oral (TAO), diabetes, hipertensão (HTA), controlo de hipocoagulação, saúde escolar, terapia da fala, telemedicina, atendimento social, cessação tabágica, e tratamento de doenças respiratórias (STDR); consultas de especialidade: medicina geral e familiar, saúde pública, medicina física e de reabilitação, e pediatria; meios de diagnósticos: ECG, análises clínicas, e imagiologia (raio-X convencional); promoção saúde: vacinação crianças, vacinação adultos, preparação para o parto, avaliação da visão, saúde oral; outras atividades: pensos, injetáveis, algaliações, fisioterapia, aerossóis, domicílios de enfermagem, domicílios de médicos, avaliação da tensão arterial, avaliação de glicemia capilar, aspiração de

secreções, remoção de cerúmen, remoção de pontos, imobilização com talas, tamponamento nasal, e distribuição de metadona, e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSNA tem dois estabelecimentos de cuidados de saúde hospitalares, e 83 estabelecimentos de cuidados de saúde primários.

Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG)

A ULSG é constituída pelo Hospital Nossa Senhora da Assunção, em Seia, pelo Hospital Sousa Martins, em Guarda, pelo Centro de Diagnóstico Pneumológico Guarda e pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Guarda, que integra doze (12) centros de saúde:

- Almeida, que inclui as extensões de saúde de Monteperobolso, Miuzela e Vilar Formoso;
- Celorico da Beira, que inclui a extensão de Lageosa do Mondego;
- Figueira de Castelo Rodrigo, que inclui as extensões de saúde de Vermiosa, Escalhão, Reigada, Algodres e Freixeda Torrão;
- Fornos de Algodres;
- Sabugal, que inclui as extensões de Aldeia da Ponte, Aldeia Velha, Alfaiates, Bendada, Bismula, Casteleiro, Cerdeira do Côa, Foios, Quadrazais, Santo Estevão, Soito e Vale de Espinho;
- Guarda, que inclui as extensões de Castanheira, Guarda Gare, Rochoso, Trinta, Valhelhas, Vela, Videmonte, Vila Fernando, Aldeia Viçosa, Adão, Corujeira, Famalicão, Gonçalo, Marmeleiro, Pega e Porto da Carne e a Unidade de Saúde Familiar Ribeirinha;
- Gouveia, que inclui as extensões de Folgosinho, Arcozelo da Serra, Cativelos, Melo, Moimenta da Serra, Nespereira, Ribamondego, Vila Nova de Tázem e Vila Cortez da Serra;
- Manteigas, que inclui as extensões de Sameiro e Vale de Amoreira;
- Meda;
- Pinhel, que inclui as extensões de Alverca da Beira, Freixedas e Pínzio;
- Trancoso, que inclui as extensões de Guilheiro, Reboleiro, Vila Franca das Naves, Freches e Cogula; e
- Seia, que inclui as extensões de Girabolhos, Alvoco da Serra, Lages, Loriga, Paranhos, Pinhanços, S. Romão, Sameice, Sandomil, Sazes da Beira, St.ª

Eulália, St.ª Marinha, Teixeira, Torrozelo, Tourais, Travancinha, Valezim, Vide, e Vila Verde.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Nossa Senhora da Assunção são as seguintes: Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-venereologia, Endocrinologia – Nutrição, Ginecologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria - Consulta geral e Urologia.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Sousa Martins são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-venereologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria - Consulta geral, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Reumatologia e Urologia.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSG são oferecidos diversos serviços de saúde que abrangem consultas específicas: diabetes, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, rastreio do colo do útero, saúde escolar, aconselhamento a diabéticos (enfermagem), hipertensão (HTA), nutrição, cessação tabágica, alcoologia, telemedicina, atendimento de jovens e adolescentes, e psicologia; consultas de especialidades disponíveis: medicina geral e familiar e saúde pública; meios de diagnósticos: imagiologia (raio-X convencional), e ECG – prova de esforço; promoção da saúde: vacinação crianças, vacinação adultos, saúde oral, avaliação da visão, e avaliação da audição; outras atividades: pensos, injetáveis, algaliações, remoção de pontos, domicílios de enfermagem, avaliação da tensão arterial, avaliação de glicemia capilar, fisioterapia, aerossóis, aspiração de secreções, tamponamento nasal, remoção de cerúmen, imobilização com talas, e distribuição de metadona, e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSG tem dois estabelecimentos de cuidados de saúde hospitalares, 88 estabelecimentos de cuidados de saúde primários e um estabelecimento com outro tipo de cuidados de saúde

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB)

A ULCB é constituída pelo Hospital Amato Lusitano e por dois Agrupamentos de Centros de Saúde: Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul. O ACES da Beira Interior Sul é constituído por quatro (4) Centos de Saúde:

- São Tiago, que inclui as extensões de saúde de Cebolais de Cima, Malpica do Tejo, Monforte da Beira, Santo André dos Tojeiras, Sarzedas, Escalos de Cima, Lardosa, Louriçal do Campo, Lousa, Póvoa Rio de Moinhos, S. Vicente da Beira, Sobral do Campo, Tinalhas e Alcains;
- Idanha-a-Nova, que inclui as extensões de saúde de Segura, Torre, S. Miguel de Acha, Salvaterra Extremo, Rosmaninhal, Proença-a-Velha, Penha Garcia, Oledo, Monsanto, Monfortinho, Medelim, Idanha-a-Velha, Cegonhas, Aldeia Santa Margarida, Soalheiras, Termas de Monfortinho, Toulões, Zebreira, Ladoeiro e Alcafozes;
- Penamacor, que inclui as extensões de saúde de Aldeia do Bispo, Aldeia J. Pires, Águas, Aranhas, Bemposta, Benquerença, Meimão, Meimoa, Pedrógão, Salvador e Vale Sr.ª da Póvoa; e
- Vila Velha de Rodão, que inclui as extensões de saúde de Sarnadas do Rodão, Perais e Fratel.

O ACES do Pinhal Interior Sul é constituído por cinco (5) Centos de Saúde:

- Mação, que inclui as extensões de saúde de Penhascoso, Amêndoa, Cardigos, Envendos, Carvoeiro e Ortiga;
- Oleiros, que inclui as extensões de saúde de Cambas, Estreito, Isna, Madeirã, Foz do Giraldo, Orvalho, Sarnadas S. Simão e Sobral;
- Proença-a-Nova, que inclui as extensões de saúde de Alvito da Beira, Montes da Senhora, Cunqueiros, Peral, Sobreira Formosa e São Pedro do Esteval;
- Sertã, que inclui as extensões de saúde de Cernache do Bomjardim, Cabeçudo, Pedrogão Pequeno, Castelo, Carvalhal, Cumeada, Palhais, Várzea de Cavaleiros, Troviscal e Marmeleiro; e
- Vila de Rei que inclui a extensão de saúde de Fundada.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Amato Lusitano são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-venereologia, Endocrinologia – Nutrição, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Imuno-alergologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia,

Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria - Consulta geral e Urologia.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSCB são oferecidos diversos serviços de saúde que abrangem consultas específicas: cessação tabágica, alcoologia, controlo de hipocoagulação, medicina dentária, nutrição, psicologia, consulta do viajante, atendimento de jovens e adolescentes, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, diabetes, hipertensão (HTA), rastreio do colo do útero, e desintoxicação ou desabituação alcoólica; consultas de especialidades disponíveis: medicina geral e familiar, saúde pública, e medicina interna; meios de diagnósticos: imagiologia (raio-X convencional), ECG – prova de esforço, e análises clínicas; promoção da saúde: vacinação crianças, vacinação adultos, saúde oral, avaliação da visão, avaliação da audição, e preparação para o parto; outras atividades: pensos, injetáveis, aspiração de secreções, algaliações, remoção de pontos, domicílios de enfermagem, domicílios de médicos, avaliação da tensão arterial, avaliação de glicemia capilar, aerossóis, tamponamento nasal, remoção de cerúmen, imobilização com talas, distribuição de metadona, e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSCB tem um estabelecimento de cuidados de saúde hospitalares, e 86 estabelecimentos de cuidados de saúde primários.

Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSN)

A ULCN é constituída pela Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, Unidade Hospitalar de Mirandela, Unidade Hospitalar de Bragança (Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE) e pelo Agrupamento de Centros de Saúde Alto Trás-os-Montes I – Nordeste. O ACES Alto Trás-os-Montes I – Nordeste é constituído pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Santa Maria 1 e 2 e por quinze (15) Centos de Saúde:

- Alfândega da Fé, que inclui a extensão de saúde Vilar Chão;
- Bragança - Unidade de Saúde da Sé, que inclui as extensões de saúde de Babe, Parada, Paredes, Espinhosela, Quintanilha, Guadramil, Deilão, Rebordanhos, Izeda, Rio Frio, Celas, Salsas, Coelhoso, S. Julião, França, Santa Comba das Rossas, Sortes, Outeiro, Zoio, Fontes Trasbaceiro;
- Carrazeda de Ansiães;

- Freixo de Espada à Cinta, que inclui as extensões de saúde de Fornos, Lagoaça, Ligares, Masouco, e Poiares;
- Macedo de Cavaleiros, que inclui as extensões de saúde de Arcas, Murços, Lamas, Chacim, Lagoa, Morais, Podence, Talhas, Vinhas, Gralhós, Peredo, e Macedo 2;
- Miranda do Douro, que inclui as extensões de saúde de Sendim, S. Martinho da Angueira, Palaçoulo, a Unidade de Cuidados na Comunidade Miranda do Douro, e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Miranda do Douro;
- Mirandela, que inclui as extensões de saúde de Abambres e Aguieiras;
- Mogadouro, que inclui as extensões de saúde de Bemposta, Vicente, Urrós, Meirinhos, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Mogadouro, e a Unidade de Cuidados na Comunidade Mogadouro;
- Torre de Moncorvo, que inclui as extensões de saúde de Carviçais, Felgar, Cardanha, e Lousa;
- Torre de Vimioso, que inclui as extensões de saúde de Algoso, Argoselo, Avelanoso, Caçarelhos, Carção, Pinelo, Santulhão, Matela/Santulhão, e Uva;
- Vinhais, que inclui as extensões de saúde de Agrochão, Edrosa, Ervedosa, Gestosa, Moimenta, Paço, Pinheiro Novo, Rebordelo, e Seixas;
- Vila Nova de Foz Côa, que inclui as extensões de saúde de Almendra, Castelo Melhor, Chãs, Freixo de Numão, e Sequeira;
- Centro de Saúde Bragança - Unidade de Saúde de Santa Maria;
- Mirandela II, que inclui as extensões de saúde de S. Pedro e de Torre D. Chama e a Unidade de Saúde Familiar Torre de Dona Chama; e
- Vila Flôr.

As especialidades oferecidas pela Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros são as seguintes: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia Médica e Ortopedia.

As especialidades oferecidas pela Unidade Hospitalar de Mirandela são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Doenças Infeciosas, Gastrenterologia, Ginecologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, e Urologia.

As especialidades oferecidas pela Unidade Hospitalar de Bragança são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Estomatologia, Ginecologia, Hematologia Clínica, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia,

Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, e Urologia.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSN são oferecidos diversos serviços de saúde que abrangem consultas específicas: cessação tabágica, alcoologia, controlo de hipocoagulação, medicina dentária, nutrição, psicologia, consulta do viajante, atendimento de jovens e adolescentes, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, diabetes, hipertensão (HTA), rastreio do colo do útero, e desintoxicação ou desabituação alcoólica; consultas de especialidades disponíveis: medicina geral e familiar, saúde pública, e medicina interna; meios de diagnósticos: imagiologia (raio-X convencional), ECG – prova de esforço, e análises clínicas; promoção da saúde: vacinação crianças, vacinação adultos, saúde oral, avaliação da visão, avaliação da audição, e preparação para o parto; outras atividades: pensos, injetáveis, aspiração de secreções, algaliações, remoção de pontos, domicílios de enfermagem, domicílios de médicos, avaliação da tensão arterial, avaliação de glicemia capilar, aerossóis, tamponamento nasal, remoção de cerúmen, imobilização com talas, distribuição de metadona, e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSN tem três estabelecimentos de cuidados de saúde hospitalares, 98 estabelecimentos de cuidados de saúde primários, e dois estabelecimentos com outro tipo de cuidados de saúde.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA)

A ULCN é constituída pelo Hospital Litoral Alentejano, e pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral. O ACES do Alentejo Litoral é por cinco (5) Centos de Saúde:

- Alcácer do Sal, que inclui as extensões de saúde de Alcácer do Sal, Casebres, Comporta, Montevil, Palma, Santa Susana, Torrão, Barrancão e a Unidade de Cuidados na Comunidade Alcácer do Sal;
- Odemira, que inclui as extensões de saúde de Colos, Relíquia, Sabóia, Odemira, Sta. Clara-a-Velha, São Luís, S. Martinho das Amoreiras, São Teotónio, Vale de Santiago, Vila Nova de Milfontes, as sub-extensões de saúde de Almograve, Cavaleiro, Luzianes, Pereiras, São Miguel, Zambujeira do Mar,

Bicos, Fornalhas Velhas e a Unidade de Cuidados na Comunidade Odemira (CS Odemira);

- Grândola, que inclui as extensões de saúde de Azinheira de Barros, Lousal, Carvalhal, Grândola, Melides, e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Grândola (CS Grândola);
- Sines, que inclui as extensões de saúde de Sines e Porto Corvo;
- Santiago do Cacém, que inclui as extensões de saúde de Deixa-o-Resto, S. Bartolomeu, S. Francisco, Abela, Ermidas, Cercal do Alentejo, Sto. André, S. Domingos, Alvalade e Santiago do Cacém.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Litoral Alentejano são as seguintes: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Endocrinologia e Nutrição, Gastrenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Imunohemoterapia, Medicina do Trabalho, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Medicina Legal, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, e Urologia.

Nos centros de saúde que pertencem à ULSLA são oferecidos diversos serviços de saúde que abrangem consultas específicas: diabetes, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, rastreio do colo do útero, saúde escolar, aconselhamento a diabéticos (enfermagem), hipertensão (HTA), nutrição, cessação tabágica, alcoologia, telemedicina, atendimento de jovens e adolescentes, e psicologia; consultas de especialidades disponíveis: medicina geral e familiar e saúde pública; meios de diagnósticos: imagiologia (raio-X convencional), e ECG – prova de esforço; promoção da saúde: vacinação crianças, vacinação adultos, saúde oral, avaliação da visão, e avaliação da audição; outras atividades: pensos, injetáveis, algaliações, remoção de pontos, domicílios de enfermagem, avaliação da tensão arterial, avaliação de glicemia capilar, fisioterapia, aerossóis, aspiração de secreções, tamponamento nasal, remoção de cerúmen, imobilização com talas, e distribuição de metadona, e outros tipos de serviços de saúde.

Em síntese, a ULSLA tem um estabelecimento de cuidados de saúde hospitalares, e 50 estabelecimentos de cuidados de saúde primários.

Anexo IV – Diagnósticos classificados como ACSC

Diagnósticos classificados como ACSC em Billings et al. (1993)

Código	Descrição	Excluir casos com procedimento	Apenas se tiver como diagnóstico secundário
033	COQUELUCHE		
390	FEBRE REUMATICA SEM MENCAO DE COMPROMETIMENTO CARDIACO		
037	TETANO		
045	POLIOMIELITE AGUDA		
345	EPILEPSIA E CONVULSOES RECORRRENTES		
7803	CONVULSOES		
382	OTITE MEDIA SUPURATIVA OU NAO ESPECIFICADA	20.01	
462	FARINGITE AGUDA		
463	AMIGDALITE AGUDA		
465	INFECCOES AGUDAS DAS VIAS RESPIRATORIAS SUP DE LOCAIS MULTIPL OU N/ESPECIFICADOS		
4721	FARINGITE CRONICA		
011	TUBERCULOSE PULMONAR		
012	TUBERCULOSES DO APARELHO RESPIRATORIO NCOP		
013	TUBERCULOSE DAS MENINGES E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
014	TUBERCULOSE DO INTESTINO, DO PERITONEU E DOS GANGLIOS MESENTERICOS		
015	TUBERCULOSE DOS OSSOS E DAS ARTICULACOES		
016	TUBERCULOSE DO APARELHO GENITO-URINARIO		
017	TUBERCULOSE DE ORGAOS NCOP		
018	TUBERCULOSE MILIAR		
481	PNEUMONIA PNEUMOCOCICA [POR ESTREPTOCOCOS PNEUMONIAE]		
4822	PNEUMONIA DEVIDA A HEMOPHILUS INFLUENZAE		
4823	PNEUMONIA DEVIDA A ESTREPTOCOCOS		
4829	PNEUMONIA BACTERIANA NAO ESPECIFICADA		
483	PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMOS ESPECIFICADOS NCOP		
485	BRONCOPNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NAO ESPECIFICADO		
486	PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NAO ESPECIFICADO		
493	ASMA		
4111	SINDROMO CORONARIO INTERMEDIARIO	86.99	
4118	FORMA AGUDA OU SUBAGUDA DE DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO, NCOP	86.99	
413	ANGINA DE PEITO	86.99	
681	CELULITE E ABCESSOS DOS DEDOS DA MAO OU DO PE	86.99	
6823	ABCESSOS E CELULITES DO BRACO E ANTEBRACO, NCOP	86.99	

683	LINFADENITE AGUDA	86.99	
686	INFECCOES LOCALIZADAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO, NCOP	86.99	
GDH 263	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou celulite, com CC		
GDH 264	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou celulite, sem CC		
2501	DIABETES MELLITUS COM CETOACIDOSE		
2502	DIABETES MELLITUS COM HIPEROSMOLARIDADE		
2503	DIABETES MELLITUS COM COMA NCOP		
2508	DIABETES MELLITUS COM MANIFESTACOES ESPECIFICADAS, NCOP		
2509	DIABETES MELLITUS COM COMPLICACAO NAO ESPECIFICADA		
2500	DIABETES MELLITUS SEM MENCAO DE COMPLICACAO		
5589	GASTROENTERITES E COLITES NAO INFECCIOSAS, NCOP OU NAO ESPECIFICADAS		
590	INFECCOES DO RIM		
5990	INFECCAO DO TRACTO URINARIO, LOCAL NAO ESPECIFICADO		
5999	AFECCAO NAO ESPECIFICADA DA URETRA E TRACTO URINARIO		
2765	DEPLECAO DE VOLUME		
260	KWASHIORKOR		
261	MARASMO NUTRICIONAL		
262	FORMAS DE DESNUTRICAO PROTEICO-CALORICAS GRAVES		
2680	RAQUITISMO ACTIVO		
2681	EFEITO TARDIO DO RAQUITISMO		
521	DOENCAS DOS TECIDOS DENTARIOS DUROS		
522	DOENCAS DA POLPA [DENTARIA] E DOS TECIDOS PERIAPICAIS		
523	DOENCAS GENGIVAIS E PERIODONTAIS		
525	DOENCAS E AFECCOES DOS DENTES E SUAS ESTRUTURAS DE SUSTENTACAO NCOP		
528	DOENCAS DOS TECIDOS MOLES DA BOCA, EXCLUINDO LESOES ESPECIF. DA GENGIVA E LINGUA		
491	BRONQUITE CRONICA		
492	ENFISEMA		
494	BRONQUIECTASIAS		
496	OBSTRUCAO CRONICA DE VIAS RESPIRATORIAS NCOP		
4660	BRONQUITE AGUDA		491, 492, 494, 496
428	INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40201	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA MALIGNA COM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	

40211	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA BENIGNA COM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40291	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA NAO ESPECIFICADA, COM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
5184	EDEMA AGUDO DO PULMAO, SOE	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
4010	HIPERTENSAO ESSENCIAL ESPECIFICADA COMO MALIGNA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
4019	HIPERTENSAO ESSENCIAL NAO ESPECIFICADA COMO MALIGNA OU BENIGNA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40200	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA MALIGNA SEM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40210	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA BENIGNA SEM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40290	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA NAO ESPECIFICADA, SEM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
614	DOENCA INFLAMATORIA DO OVARIO, TROMPA FALOPIO, TECIDO CELULAR PELVICO E PERITON	68.3, 68.8	
2512	HIPOGLICEMIA NAO ESPECIFICADA		

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt