



# ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



## ESTUDO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS HOSPITALARES



FEVEREIRO DE 2012

## Índice

Sumário executivo .....	5
1. Introdução.....	11
2. Metodologia .....	14
3. Breve apresentação das características fundamentais do Serviço Nacional de Saúde	16
4. Da natureza dos Centros Hospitalares.....	19
4.1. Breve enquadramento.....	19
4.2. Enquadramento histórico-legislativo.....	21
5. Dos Inquéritos efectuados .....	31
5.1. Das respostas dos CH .....	31
5.2. Das respostas das ARS .....	32
5.3. Das respostas dos ACES.....	34
5.4. Das respostas dos Municípios .....	40
6. Avaliação do acesso .....	42
6.1. Enquadramento .....	42
6.2. Os CH em análise.....	44
6.3. Dimensões espaciais do acesso: capacidade e proximidade .....	48
6.4. Dimensão temporal do acesso: Tempos Máximos de Resposta Garantidos .....	59
6.4.1 Primeiras consultas de especialidade – sua importância .....	62
6.4.2 Primeiras consultas de especialidade – análise estatística .....	64
6.4.3 Primeiras consultas de especialidade – análise econométrica .....	72
6.5. Cirurgia programada no âmbito do SIGIC .....	85
7. Avaliação de custos .....	91
8. Análise financeira .....	100
9. Conclusões.....	108
Referências .....	114
Anexo I – Inquérito realizado, por parte da ERS, aos CH .....	116
Anexo II – Inquérito realizado, por parte da ERS, às ARS .....	127
Anexo III – Inquérito realizado, por parte da ERS, aos ACES .....	137
Anexo IV – Inquérito realizado, por parte da ERS, aos Municípios .....	145
Anexo V - Evolução histórico-legislativa dos CH.....	152
Anexo VI – Cálculo do IDH .....	161

## Índice de Abreviaturas

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CH – Centros Hospitalares
- CUD – Custos Directos Unitários
- CUT – Custos Unitários Totais
- CRP – Constituição da República Portuguesa
- CTH - Consulta a Tempo e Horas
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- FSE – Fornecimento e Serviços Externos
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- LBS – Lei de Bases da Saúde
- MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PEC – Programa de Estabilidade e Crescimento
- PPP – Parcerias Público-Privadas
- SA – Sociedade Anónima
- SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SPA – Sector Público Administrativo
- SNS – Serviço Nacional de Saúde

TE – Tempo de Espera

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

## Sumário executivo

A Entidade Reguladora da Saúde, ao abrigo das suas atribuições tal como consagradas no Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, de “[...] assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei; garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes, e velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema [...]” e, nessa medida, de “[...] assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados”, deliberou elaborar o presente Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares.

Constituindo uma primeira avaliação dos Centros Hospitalares (CH), com base na realidade fáctica e legislativa tal como assumida no nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS), o presente estudo visa contribuir para a reflexão sobre o papel dos CH hoje existentes. Com efeito, pretende-se identificar os potenciais impactos da sua implementação, considerar o cumprimento dos objectivos tal como assumidos pelo legislador com a criação de cada um dos CH, bem como avaliar a sua eficiência. Concretamente, o objectivo do presente estudo consiste na aferição do cumprimento dos objectivos de melhoria de gestão que se pretendiam obter, e de uma efectiva complementaridade na prestação de cuidados (primários, secundários e, eventualmente, continuados) pelas diversas unidades integradas, com o seu potencial reflexo no acesso dos utentes residentes na área de influência de um CH, especialmente por comparação com os demais utentes do SNS.

Importa, porém, aqui referir que a avaliação do desempenho dos CH é prejudicada pela inexistência de indicadores e parâmetros de comparação prévios que permitam uma avaliação do funcionamento, organização e eficiência dos CH.

Para a elaboração do presente estudo foram recolhidas informações junto das entidades envolvidas, designadamente as Administrações Regionais de Saúde (ARS), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e os CH. Com o intuito de avaliar o impacto que a criação dos CH teve junto dos cidadãos, foram também recolhidas informações junto dos Municípios. Importa, no entanto, salientar que as informações recolhidas padecem de algumas limitações, designadamente por se verificar a incompletude de elementos factuais e documentais essenciais.

Ainda assim, através da informação recolhida, realiza-se a análise do modelo dos CH, mediante um breve enquadramento, que inclui a definição e natureza dos CH, bem como as razões que presidiram à sua criação, a descrição do seu enquadramento histórico-legislativo, a avaliação do cumprimento dos objectivos legislativos e, ainda, a análise das respostas dos inquéritos efectuados aos CH, às ARS, aos ACES e aos Municípios.

O estudo procede, igualmente, à avaliação do acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde quando recorrem a unidades integradas nos CH, tendo em consideração as características socioeconómicas das populações abrangidas pelos mesmos, as dimensões espaciais do acesso (capacidade e proximidade) e a dimensão temporal do acesso, com base na análise aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) em primeiras consultas de especialidade e em cirurgia programada (no âmbito do SIGIC). Por último, é apresentada uma análise da variação dos Custos Directos Unitários (CUD) e Custos Unitários Totais (CUT) de produção, numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH, e uma análise financeira dos CH através do método dos rácios. Ambas as análises pretendem aferir sobre o desempenho económico-financeiro dos CH e a sua evolução no tempo.

Da elaboração deste estudo conclui-se pela inexistência de propostas formais subscritas pelos Conselhos de Administração de cada uma das ARS competentes, conforme imposição legal prescrita no Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho. Desta forma fica prejudicada a possibilidade de se aferir com exactidão se os fundamentos e objectivos da criação de cada um dos CH foram ou não cumpridos. Ainda assim, foi possível constatar que os motivos que fundamentaram a criação de cada CH traduziram-se, designadamente, na melhoria da acessibilidade e da qualidade dos cuidados prestados, na racionalização da gestão de recursos humanos, na complementaridade assistencial entre as unidades existentes, na rentabilização de recursos técnicos e humanos, na concentração dos meios complementares de diagnóstico, na melhoria a nível da gestão pela obtenção de ganhos efectivos que resultam das economias de escala, na reorganização dos serviços de apoio e das áreas de gestão e de logística e no desenvolvimento e inovação dos sistemas de informação.

Faz-se notar que, nas análises efectuadas no presente estudo, os hospitais antes de serem integrados em CH são considerados como uma unidade observacional e, após integração, é o CH que se tem em consideração como unidade observacional. Assim

sendo, quando os dados disponíveis se encontravam por estabelecimento, independentemente do tipo de integração existente, optou-se pela criação de grupos de hospitais (grupo de CH, grupo de ULS e grupo de Hospitais não incluídos em nenhum tipo de integração), para se poder comparar o modelo de CH com outros modelos de organização distintos.

Relativamente à análise do acesso teve-se em consideração:

- (i) a variação entre a produção contratada e a realizada, e para que tal fosse possível, foi necessário ter em consideração um grupo de dezasseis CH (criados antes de 2008) e dois anos de análise (2008 e 2009) e analisadas cinco linhas de produção;
- (ii) a capacidade e a proximidade, sendo que por facilidade de obtenção dos dados, optou-se por considerar todos os CH actualmente constituídos, com excepção do CH Psiquiátrico de Lisboa;
- (iii) as primeiras consultas de especialidade, e devido ao facto de se ter disponível os dados por prestador e não por tipo de integração, optou-se por comparar o modelo de CH com outros modelos de organização distintos, aqui considerados as ULS e os hospitais que não estão incluídos em nenhum tipo de integração (designado por grupo de controlo); e
- (iv) as cirurgias efectuadas no âmbito do SIGIC, e de igual forma ao critério apresentado para a análise das primeiras consultas, foi realizada uma análise dos utentes sujeitos a uma intervenção cirúrgica com tempo de espera (TE) superior ao TMRG legalmente estipulado, comparando três grupos de hospitais com modelos de organização distintos (CH, ULS e os estabelecimentos hospitalares que não estão incluídos em nenhum tipo de integração).

Relativamente à análise dos custos teve-se em consideração a variação dos custos de produção numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH. Pretende-se com esta análise avaliar se os hospitais, após a integração em CH, apresentaram, em diferentes valências ou áreas de produção, economias ou deseconomias de escala.

Quanto à análise financeira foi realizada através do estudo dos rácios económico-financeiro dos CH, e foram escolhidos dezasseis CH, criados antes de 2008, e dois anos de análise (2008 e 2009). Este grupo foi escolhido pelo facto de ter apresentado as contas

financeiras consolidadas como CH e, durante o período em análise, não terem sido objecto de alteração de forma jurídica.

Assim,

1. Quanto ao acesso aos cuidados de saúde, e atendendo a que o acesso pode ser avaliado por consideração das características socioeconómicas das populações abrangidas pelos CH e dos indicadores de capacidade, proximidade, e de análise temporal (i.e. uma análise econométrica dos TMRG), verificou-se que:
  - (i) por um lado, de cinco áreas de produção contratadas, plasmadas nos Contratos-Programa e nos respectivos Acordos Modificativos celebrados pelos CH e, por outro lado, da produção realizada tal como descrita nos Relatórios e Contas, os Contratos-Programa não estarão a reflectir as características socioeconómicas da área de abrangência da população, nem tampouco a produção efectivamente realizada;
  - (ii) quanto à capacidade, existe uma distribuição muito heterogénea de recursos humanos: relativamente ao número de médicos por 1000 habitantes, todos os CH apresentam valores abaixo dos revelados quer a nível nacional, quer a nível europeu. Uma observação semelhante é também constatada para o número de enfermeiros por 1000 habitantes, que em todos os CH, com excepção do CH Universitário de Coimbra, E.P.E., é inferior ao rácio nacional e o qual, por sua vez, é já inferior ao da UE. Estes resultados revelam uma inadequada distribuição de profissionais de saúde no território nacional, sejam médicos ou enfermeiros;
  - (iii) relativamente à proximidade, todos os CH apresentam, no que se refere ao acesso dos utentes das respectivas áreas de abrangência, um tempo médio de viagem, a cada um dos estabelecimentos que o integram, inferior a 90 minutos, assumindo-se, no entanto, a necessidade da implementação efectiva das Redes de Referência Hospitalar, com definição explícita das áreas de abrangência;
  - (iv) o grupo de CH em análise apresenta uma tendência de crescimento, em termos percentuais, da realização de primeiras consultas para além dos TMRG, ainda que aquele grupo tenha as percentagens mais baixas em relação ao grupo de ULS e ao grupo de Controlo. Ora, devido às dificuldades evidenciadas na marcação e na realização das primeiras consultas



hospitalares dentro dos TMRG, pelo grupo de CH, é possível concluir pela dificuldade de acesso dos utentes às primeiras consultas de especialidade, em tempo útil;

- (v) através da análise econométrica, o grupo de CH em análise apresenta uma diminuição do número de consultas realizadas fora dos TMRG comparativamente aos hospitais de grupo de Controlo;
  - (vi) quando comparados dois grupos de CH relativamente aos restantes grupos (incluindo o grupo de ULS e o grupo de Controlo), existe uma diminuição mais acentuada das consultas fora do tempo no grupo CH I (os CH criados há mais tempo) do que no grupo CH II (os CH criados mais recentemente). Estes resultados podem indicar que o tempo de integração dos CH influencia o desempenho dos mesmos no contexto das consultas fora do tempo;
  - (vii) quanto ao acesso a cirurgias, o grupo de CH, tanto para o ano de 2009 como para 2010, apresenta as percentagens mais baixas de Tempo de Espera (TE) superior ao TMRG, relativamente ao grupo de ULS e ao grupo de Hospitais que não são objecto de qualquer tipo de integração, para a respectiva prioridade e patologia, face ao total de utentes sujeitos a intervenções cirúrgicas, exibindo igualmente uma variação negativa entre estes dois anos. Perante esta análise, pode-se concluir que estará a ser realizado um esforço para melhorar o acesso em cirurgias programadas por parte deste grupo de hospitais.
2. Quanto à variação dos custos, e no que concerne aos Custos Directos Unitários (CUD) e aos Custos Unitários Totais (CUT) de produção numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH, verifica-se que:
- (i) relativamente ao número de doentes tratados no internamento e ao número de consultas realizadas, após a integração em CH, há na sua maioria um aumento percentual da produção realizada em quase todas as valências. No que respeita aos CUD e aos CUT, o grupo de CH em análise apresenta uma diminuição em ambos os custos na maioria das valências. Assim e, com algumas excepções, poderão ser verificadas economias de escala no grupo de valências/áreas analisadas. É de salientar, contudo, que para a valência de Oftalmologia em internamento, verifica-se um aumento dos respectivos CUD e

- CUT após a integração em CH e uma diminuição da respectiva produção realizada, de onde podem resultar possíveis deseconomias de escala;
- (ii) relativamente à valência urgência geral, a variação do número de doentes atendidos após a integração em CH aumentou 66%, mantendo-se quase inalterado o custo das mesmas;
  - (iii) no âmbito das consultas externas, a consulta de Cardiologia apresenta um aumento dos CUD e dos CUT mais que proporcional ao aumento da produção, após a integração em CH, de onde podem resultar possíveis deseconomias de escala.
3. Por último, quanto à análise financeira, verificou-se que, entre 2008 e 2009, houve um aumento de 4% no total dos proveitos do grupo de CH. Os custos com o pessoal também aumentaram 5%, os consumos 7%, os fornecimentos e serviços externos 14%, e no que diz respeito aos outros custos houve uma diminuição de 3%. Constatase, também, que o grupo de CH, entre 2008 e 2009, apresenta dificuldades em fazer face aos compromissos de curto e de longo prazo, bem como viu aumentado o prazo médio de pagamento e evidenciou uma diminuição da rentabilidade da actividade e dos capitais investidos.

## 1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) assume como essenciais, entre outras, as características da generalidade dos cuidados prestados, a garantia da equidade no acesso e a organização regionalizada.

Na busca de tais desideratos, o legislador português tem vindo a assumir a necessidade de implementar um SNS alicerçado numa elevada complexidade e diversidade no que concretamente respeita aos modelos de gestão dos prestadores de cuidados de saúde públicos actuantes.

Actualmente, os Centros Hospitalares (CH) exemplificam esta opção legislativa que, em concretização do vindo de referir, adoptou a necessidade de uma efectiva interligação entre “*serviços e instituições que, na mesma área geográfica, prestam cuidados de saúde ou desenvolvem actividades conexas*”, no sentido de “[...] *reforçar a articulação e complementaridade dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, através de melhor aproveitamento da capacidade neles instalada*”. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, define o CH como “[...] *uma pessoa colectiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica*”.

Mais é referido em tal diploma legal que a criação de CH deve resultar de prévia proposta a apresentar pelo Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde (ARS) territorialmente competente, a qual deve ser fundamentada em “[...] *razões de interesse público, designadamente a optimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e o reforço da respectiva articulação e complementaridade, técnica e assistencial*.” (cfr. n.º 1 do artigo 2.º e n.ºs 1 e 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho). Posto isto, importa adiantar que o presente estudo apresenta-se como uma primeira avaliação dos CH, com base na realidade fáctica e legislativa tal como assumida no nosso SNS e, nessa medida, vislumbra-se como uma oportunidade e contributo para a reflexão sobre o papel dos CH, hoje existentes. Com efeito, pretende-se assim, identificar os potenciais impactos da sua criação, considerar o cumprimento dos objectivos pretendidos com a sua criação, bem como avaliar a sua eficiência em termos económico-financeiros. Acresce que, para tanto, deverá aqui aferir-se do cumprimento

dos objectivos de melhoria de gestão que se pretendem obter, e de uma ágil e efectiva complementaridade na prestação de cuidados pelas diversas unidades integradas, com o seu eventual reflexo no acesso dos utentes residentes na área de influência de um CH, especialmente por comparação com os demais utentes do SNS.

Importa porém aqui referir que a avaliação do desempenho dos CH conforme prevista e inicialmente gizada, foi prejudicada pela inexistência de indicadores e parâmetros de comparação prévios que permitissem uma avaliação do funcionamento, organização e eficiência dos CH. A acrescer a tal dificuldade, refira-se a incompletude de elementos factuais e documentais julgados essenciais, fornecidos pelos intervenientes de todo o processo de criação dos CH.

Por outro lado, não se pode olvidar que o Memorando de Entendimento entre a CE/BCE/FMI e Portugal, de 17 de Maio de 2011, assume no seu § 3.77, ser fundamental *“Prosseguir com a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais (de acordo com o Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março) e do funcionamento conjunto dos hospitais”*.

Posto isto, facilmente se assume como essencial que se proceda a uma análise dos modelos de gestão dos serviços de saúde tal como têm vindo a ser implementados no SNS, que aqui se limita à realidade dos CH criados entre os anos de 1999 e 2011.

Assim, ao abrigo das suas atribuições tal como consagradas no Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, de *“[...] assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei; garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes, e velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema [...]”* e, nessa medida, de *“[...] assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados”*, o Conselho Directivo da ERS deliberou elaborar o presente Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares, com os objectivos e intenções *supra* enunciadas.

Nessa medida, e após as devidas apresentações consideradas no primeiro e segundo capítulo, o estudo prossegue com o capítulo 3 no qual se procede a uma breve análise das características fundamentais do SNS, para de seguida, no capítulo 4, se realizar a análise do modelo dos CH, mediante um breve enquadramento, que inclui a definição e natureza dos CH, bem como as razões que presidiram à sua criação, a descrição do seu

enquadramento histórico-legislativo e a avaliação do cumprimento dos objectivos legislativos, sendo que no capítulo 5 se procede à análise das respostas aos inquéritos efectuados aos CH, às ARS, aos ACES e aos Municípios. No capítulo 6 avalia-se o impacto da criação dos CH na óptica do acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde quando recorrem a unidades integradas nos CH, tendo em consideração as características socioeconómicas das populações abrangidas pelos mesmos, as dimensões espaciais do acesso (capacidade e proximidade) e a dimensão temporal do acesso, com base na análise aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) nas primeiras consultas de especialidade e na cirurgia programada (no âmbito do SIGIC)

No capítulo 7 é efectuada uma análise da variação dos Custos Directos Unitários (CUD) e dos Custos Unitários Totais (CUT) de produção numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH. Pretende-se com esta análise avaliar se os hospitais após a integração em CH apresentaram, em diferentes valências, economias ou deseconomias de escala. No capítulo 8 é realizada uma análise financeira dos CH através do método dos rácios. O objectivo da referida análise é avaliar o desempenho económico-financeiro dos CH e a sua evolução no tempo. Por último, no capítulo 9 apresentam-se as principais conclusões do presente Estudo.

## 2. Metodologia

No que concerne às análises empíricas efectuadas no presente estudo, as mesmas podem ser divididas em três grandes grupos: análise do acesso, análise dos custos e análise financeira. Importa porém referir que a avaliação dos CH nas referidas análises se deparou com obstáculos que não permitiram a utilização de um critério uniforme relativo quer à óptica temporal usada, quer à escolha de hospitais e/ou grupo de hospitais para serem comparados com os CH. Ademais, os hospitais antes de serem integrados em CH são considerados como uma unidade observacional e, após integração, é o CH que se tem em consideração como unidade observacional. Assim sendo, quando os dados se encontravam disponíveis por estabelecimento independentemente do tipo de integração existente, optou-se pela criação de grupos de hospitais (grupo de CH, grupo de ULS e grupo de Hospitais não incluídos em nenhum tipo de integração), para se poder comparar o modelo de CH com outros modelos de organização distintos.

Relativamente à análise do acesso, teve-se em consideração:

- (i) o estudo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo que por facilidade de obtenção dos dados, optou-se por considerar todos os CH actualmente constituídos, com excepção do CH Psiquiátrico de Lisboa<sup>1</sup>.
- (ii) a variação entre a produção contratada e a realizada, sendo que para que tal fosse possível foi necessário ter em consideração um grupo de dezasseis CH (criados antes de 2008) e dois anos de análise (2008 e 2009), analisando-se cinco linhas de produção: consultas externas, internamentos, intervenções cirúrgicas, episódios de urgências e sessões de hospital de dia. Note-se que a escolha do referido grupo teve por base os CH que tinham os dados disponíveis relativos aos Contratos-Programa e Relatório e Contas.
- (iii) a capacidade e a proximidade, sendo que por facilidade de obtenção dos dados, optou-se por considerar todos os CH actualmente constituídos, com excepção do CH Psiquiátrico de Lisboa;

---

<sup>1</sup> O CH Psiquiátrico de Lisboa não se incluiu na análise do IDH e nas restantes análises apresentadas no estudo, uma vez que a sua inclusão distorceria qualquer análise, em função dos hospitais especializados terem áreas de abrangência regionais, com superfícies de dimensão muito grande, e não serem directamente comparáveis aos outros hospitais em termos de especificidade dos cuidados de saúde prestados.

- (iv) as primeiras consultas de especialidade, e devido ao facto de se terem disponíveis os dados por prestador e não por tipo de integração, optou-se por comparar o modelo de CH com outros modelos de organização distintos, aqui consideradas as ULS e os hospitais que não estão incluídos em nenhum tipo de integração (designado por grupo de controlo); e
- (v) as cirurgias efectuadas no âmbito do SIGIC, em que a exemplo do critério apresentado para a análise das primeiras consultas se realizou uma análise dos utentes sujeitos a intervenção cirúrgica com tempo de espera (TE) superior ao TMRG legalmente estipulado, comparando três grupos de hospitais com modelos de organização distintos (CH, ULS e os estabelecimentos hospitalares que não estão incluídos em nenhum tipo de integração).

Relativamente à análise dos custos teve-se em consideração a variação dos custos de produção numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH. Pretende-se com esta análise avaliar se os hospitais, após a integração em CH, apresentaram, em diferentes valências ou áreas de produção, economias ou deseconomias de escala. Note-se que o intuito da análise foi determinar se da criação de CH resultaram sinergias derivadas de economias de escala e de gama, aproveitando de uma forma mais racional as capacidades disponíveis de meios.

Relativamente à análise financeira, a mesma foi realizada através do estudo dos rácios económico-financeiros dos CH, e foram escolhidos dezasseis CH, criados antes de 2008, e dois anos de análise (2008 e 2009). Este grupo foi escolhido pelo facto de terem apresentado as contas financeiras consolidadas como CH e, durante o período em análise não terem sido objecto de alteração de forma jurídica.

### 3. Breve apresentação das características fundamentais do Serviço Nacional de Saúde

O direito à protecção da saúde surge consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), visando garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Dito de outro modo, a Constituição impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, no âmbito do SNS, seja assegurado em respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial<sup>2</sup>, tal como consignados no preceito constitucional.

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (LBS), Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, aprovada em concretização da imposição constitucional contida no artigo 64.º da CRP, assume, na sua Base XXIV, como características do SNS:

- “a) Ser universal quanto à população abrangida;*
  - b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
  - c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*
- [...].”

Assim, a universalidade do SNS resulta de se ter constitucionalmente estabelecido que o direito à protecção da saúde é atribuído a “todos” (expressão do n.º 1 do art. 64º da CRP), ou seja, que deve ser assegurado a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde integrados no SNS. Por outro lado, na alínea a) do n.º 2 do referido preceito constitucional estabelece-se que para a realização do direito à protecção da saúde o

<sup>2</sup> Ainda que não seja feita menção expressa no artigo 64.º da CRP, constitui ainda característica do SNS, a necessidade de ser garantida “a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” – cfr. Base XXIV alínea d) da LBS. Isto significa que sempre que acedam aos cuidados de saúde prestados pelos estabelecimentos integrados no SNS, os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento semelhante e os cidadãos em situação distinta devem receber tratamento distinto, de modo a que todos os cidadãos, sem excepção, possam usufruir, em iguais circunstâncias, e em função das suas necessidades, da mesma quantidade e qualidade de cuidados de saúde.



Estado deverá “*garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*”. A universalidade pressupõe assim, que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e possam aceder aos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde.

É com base neste princípio que o direito de recorrer ao SNS tal como visto, é concedido a todos os cidadãos nacionais, residentes em Portugal ou no estrangeiro, mas igualmente aos “[...] *cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis*”, aos “[...] *cidadãos estrangeiros residentes em Portugal*”, e aos “[...] *cidadãos apátridas residentes em Portugal*”- cfr. Base XXV da LBS.

Intimamente ligado ao princípio da universalidade, surge o princípio da generalidade que se prende com a determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS. Ou seja, impôs o legislador constitucional que o serviço nacional de saúde a criar garantisse, com maior ou menor grau, uma prestação de *cuidados globais de saúde* aos seus beneficiários. O princípio da generalidade aponta, assim, para o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, cabendo ao Estado “*garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e serviços de saúde*” (cfr. al. b) do n.º 3 do art. 64º da CRP), de forma a providenciar pela efectiva prestação de todos os cuidados de saúde, sejam primários, hospitalares, continuados ou até paliativos.

Por último, refira-se que o princípio constitucional da gratuidade tendencial significa que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do actual SNS tende a ser gratuita, sendo admissível a cobrança de valores com função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras (cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro), desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas, nem sejam postas em causa as situações de isenção e de dispensa de cobrança legalmente previstas (cfr. artigos 4.º e 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro).

Assim, e enquanto concretização dos princípios fundamentais estabelecidos para um SNS, a LBS consagrou, no n.º 4 da sua Base I, que “[...] *os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos*”,

consagrando-se nas directrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que “[...] é *objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços*”.

Em concretização da imposição constitucional tal como enquadrada *supra*, a já mencionada LBS assumiu a existência de um Sistema de Saúde, que “[...] é *constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem, com as referidas entidades públicas, a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades*” (n.º 1 da Base XII da LBS).

Por sua vez, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, em desenvolvimento das bases gerais contidas no regime jurídico da saúde, define o SNS como “[...] *um conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde*” (artigo 1.º do referido Estatuto). Assim, e nos termos do artigo 2.º do Estatuto do SNS, este “[...] *tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva*”, através de cada uma das instituições que o integra e que desempenha um papel de elevada relevância na prossecução de tal imposição, devendo garantir o direito de acesso universal e igual de todos os cidadãos aos cuidados por si prestados.

Por último, refira-se que o SNS, enquanto *conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde*, se caracteriza por *ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada* (cfr. alínea e) da Base XXIV da LBS).

Importa finalmente referir que a breve descrição aqui encetada, vai revelar-se ao longo do presente Estudo, como essencial à compreensão das opções que foram sendo assumidas gradualmente pelo legislador ordinário quanto à estrutura do SNS que aqui, ainda que parcialmente porque limitada aos CH, será objecto de análise.

## 4. Da natureza dos Centros Hospitalares

### 4.1. Breve enquadramento

O princípio da generalidade, conforme *supra* apresentado, aponta para a necessidade de determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS, impondo que se garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários. Ou seja, impõe um SNS que “*preste integradamente cuidados globais ou garanta a sua prestação*” e que possibilite ao utente o acesso com carácter “*de equidade e de forma integrada, [a] todos os cuidados globais, com o objectivo de minimizar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*” – cfr. alíneas b) e d) da Base XXIV da LBS.

Recorde-se igualmente que a LBS prescreve ainda que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades (n.º 1 da Base XIII), “*devendo ser promovida a intensa circulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes*” (cfr. n.º 2 da Base XIII).

Deste modo, a estruturação do SNS assenta em níveis diferenciados de prestação de cuidados que se distinguem por primários, secundários ou hospitalares, continuados e até domiciliários<sup>3</sup>.

Neste quadro, verifica-se a necessidade de articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde, e em especial dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares<sup>4</sup>, com o objectivo de assegurar uma mais eficaz e eficiente interligação entre esses dois níveis de cuidados, de forma a 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.

---

<sup>3</sup> A respeito desta distinção, sugere-se a leitura do “*Relatório sobre Carta dos Direitos dos Utentes*” publicado no sítio electrónico da ERS, em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

<sup>4</sup> Recorde-se que a preocupação com os cuidados continuados e os cuidados domiciliários tem-se apresentado como uma preocupação mais recente no seio do Sistema de Saúde, e não tem sido directamente incluída nas actuais experiências de integração de cuidados de saúde.

A noção de integração de cuidados de saúde surge assim no contexto de uma reestruturação do esquema organizacional do sistema de saúde, visando sempre uma melhor interligação dos diversos níveis de cuidados, contempladora das especificidades e exigências com que os mesmos se deparam<sup>5</sup>, sendo que actualmente vêm sendo apresentados dois tipos de integração: a integração vertical e a integração horizontal.

A integração vertical consiste na agregação numa única entidade da prestação e gestão dos serviços, ou de todas as actividades relacionadas com a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde. Ou seja, neste tipo de integração – da qual é exemplo o modelo de ULS – uma (única) entidade apresenta-se como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando 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, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos elementos que fazem parte integrante do mesmo.

Já a integração horizontal ocorre quando duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) ou substitutos próximos, juntam-se formando uma instituição única. Os objectivos que norteiam este processo consubstanciam-se essencialmente na tentativa de gerar economias de escala e poder de mercado, na optimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e no reforço da respectiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial.

Uma das formas de integração horizontal que existe actualmente no nosso ordenamento jurídico caracteriza-se pela junção numa única entidade da responsabilidade pela gestão de várias organizações que visam a prestação de um mesmo nível de cuidados de saúde, por exemplo cuidados hospitalares. O exemplo deste tipo de integração é, de facto, o modelo de CH, quando os mesmos resultam da fusão, numa única entidade jurídica, de anteriores unidades hospitalares autónomas. Nessa medida, os CH sucedem aos estabelecimentos hospitalares que os integram, na universalidade dos direitos e

---

<sup>5</sup> E note-se que tal processo de integração não foi exclusivo do nosso País, tanto mais que a própria OMS, numa óptica de estrutura organizacional da prestação de cuidados de saúde, mencionou a urgência no combate à fragmentação, de forma a encaminhar o sistema para as necessidades dos utentes, definindo prioridades e gerindo os recursos (Calnan, Hutten e Tiljak, 2006), destacando igualmente 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).

obrigações de que eram titulares, ficando estes últimos destituídos de personalidade jurídica autónoma face à entidade integradora.

Refira-se a este respeito que, a actual designação de CH não mantém, em termos conceptuais, a clareza anteriormente existente, quando “centro hospitalar” correspondia a um conjunto complementar de hospitais de natureza diversa (como ocorria, por exemplo, com o Centro Hospitalar de Coimbra<sup>6</sup>, que congregava um hospital geral, um hospital pediátrico e uma maternidade), e distinguia-se de “grupo hospitalar” que correspondia um conjunto de hospitais de natureza semelhante (como ocorria com os Hospitais Civis de Lisboa). De facto, actualmente, a designação de CH engloba ambos os conceitos *supra*, de forma indiscriminada, apenas distinguindo-se dos Grupos de Hospitais actualmente existentes, pelo facto de, neste último caso, os estabelecimentos hospitalares manterem a sua autonomia administrativa e financeira e deterem património próprio<sup>7</sup> (Vaz, 2010).

## 4.2. Enquadramento histórico-legislativo

Historicamente, os hospitais do SNS integravam-se na administração indirecta do Estado e regiam-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, e no Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro, e embora dotados de autonomia financeira e administrativa, eram dependentes do Ministério da Saúde (e mais concretamente das Administrações Regionais de Saúde) em matéria de financiamento, gestão e recrutamento de recursos humanos<sup>8</sup>.

Tem-se verificado, porém, a necessidade de reforma das instituições e serviços integrados no SNS, através da introdução de modelos alternativos de gestão. Assim, nos finais da década de 90 do século passado avançou-se com a implementação das primeiras experiências de gestão através da criação de estatutos jurídicos alternativos, isto é, através da adopção de novas modalidades de gestão das unidades hospitalares,

---

<sup>6</sup> Note-se que por publicação do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, este Centro Hospitalar de Coimbra passou a estar integrado no novo CH Universitário de Coimbra, E.P.E.

<sup>7</sup> Cfr. Vaz, Artur, 2010, “Hospitais Públicos Portugueses”, em 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Um percurso comentado, Almedina.

<sup>8</sup> Note-se que actualmente mesmo os Hospitais que detêm a natureza de Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) continuam a estar na dependência do Ministério da Saúde – e das ARS – no que respeita ao seu financiamento.

sendo que, no entanto, foi imperativo avaliar as diversas experiências com o objectivo de averiguar qual ou quais se revelavam mais eficientes, bem como a possibilidade da sua coabitação com o modelo então em vigor. Tal desiderato encontrava a sua motivação, desde logo, no disposto no n.º 1 da Base XXXVI da LBS, por força do qual “[...] a gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.”.

Por seu lado, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, apresentava já uma preocupação com a integração de cuidados de saúde conforme resulta, desde logo, do seu preâmbulo: *“A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorrecta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde – unidade de saúde -, que hão-de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro lado, impõem a consagração de tal modelo, em que radica um dos aspectos essenciais da nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde”.*

Resulta assim, que o primeiro modelo de articulação de cuidados de saúde legalmente constituído encontrava-se plasmado no artigo 14.º do Estatuto do SNS, sob epígrafe “Unidades de Saúde”. Em tal preceito era estabelecido que *“os hospitais e os grupos personalizados de centros de saúde agrupam-se em unidades de saúde, de dimensão a definir, caso a caso, em despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do conselho de administração das ARS”*, cabendo a tais unidades *“assegurar a continuidade da prestação de cuidados, com respeito das atribuições das instituições que as integram”*.

Posteriormente, e atendendo a que o modelo de unidades de saúde “[...] só muito dificilmente poder[ia] dar resposta à necessária flexibilidade de articulação entre hospitais, centros de saúde e outras instituições da mesma área geográfica, com vista a partilha de recursos e maior disponibilidade de oferta de serviços, de acordo com as necessidades dos cidadãos”, o legislador entendeu instituir, no ano de 1999, e por Decreto-Lei, um modelo de articulação/integração de cuidados de saúde, designado de sistemas locais de saúde, e que eram apresentados como “[...] conjuntos de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que se

*pretendem facilitadores da participação social que, em articulação com a rede de referência hospitalar, concorram para o efectivo desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português.”- cfr. o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio<sup>9</sup>.*

Note-se que foi também em 1999, e ainda no âmbito da adopção de modelos alternativos de gestão - *in casu*, através do modelo de integração horizontal - que o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, estabeleceu o regime enquadrador da criação e funcionamento dos CH.

Efectivamente, a criação dos CH constituiu uma opção de política de saúde que se vislumbrou como um dos formatos possíveis de integração de serviços de saúde, e que, conforme decorre do preâmbulo do referido diploma, resultou da necessidade de “[...] *definição de objectivos e estratégias de saúde de base populacional, centrada em unidades funcionais que permitam a efectiva interligação entre serviços e instituições que, na mesma área geográfica, prestam cuidados de saúde ou desenvolvem actividades conexas [...]*”, o que tornou “[...] *prioritária a identificação de situações em que é possível reforçar a articulação e complementaridade dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, através de melhor aproveitamento da capacidade neles instalada.*”.

Com efeito, entendeu o legislador “[...] *que o papel desempenhado pelo SNS ao nível da prestação dos cuidados de saúde diferenciados ficaria reforçado se alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, respectivas valências e diferenciação tecnológica, fossem reestruturados através da sua integração em CH, ou formassem grupos sujeitos a coordenação comum, o que, decerto, permitiria maior rendibilidade e eficiência na*

---

<sup>9</sup> Refira-se, ainda, a adopção de modelos alternativos de gestão, designadamente através da criação, pelo Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho, da ULS de Matosinhos (que integrou o Hospital Pedro Hispano e os Centros de Saúde do concelho de Matosinhos), a qual representou uma clara opção do legislador pela introdução de um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários e secundários (hospitalares), e que “[...] *pretendia otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de Saúde de uma região*”.

Assim, a criação de ULS constituiu uma opção de política de saúde por um dos formatos possíveis de integração de serviços, e diferente do modelo de sistema local de saúde estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, uma vez que neste modelo as diversas instituições (hospitais, centros de saúde e outros) mantêm os seus órgãos e competências próprias, limitados apenas pela existência de um órgão de definição estratégica, o Conselho Coordenador, ao qual compete delinear estratégias de gestão e actuação que permitam um funcionamento articulado de todos os serviços e instituições que integrem dado Sistema Local de Saúde. De referir que tal modelo visa, potencialmente, integrar não só os hospitais e centros de saúde, mas também entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

*prestação dos cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam.*” – cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho.

Note-se que este último diploma legal previu a existência de dois modelos distintos de integração horizontal concretizados nos CH e nos Grupos de Hospitais, tendo, nessa medida, promovido a sua distinção. Com efeito, foi o CH definido como uma “[...] *pessoa colectiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica*”. Por seu lado, o Grupo de Hospitais foi ali definido como sendo um modelo “[...] *composto por vários estabelecimentos hospitalares autónomos, nos termos da legislação aplicável, mas sujeitos a coordenação ou administração comum.*”<sup>10</sup>.

Ainda, prevê o mesmo Decreto-lei n.º 284/99, de 26 de Julho, que a criação de CH deve ser concretizada por Portaria do Ministro da Saúde, sob proposta do conselho de administração da administração regional de saúde territorialmente competente. Esta proposta devia ser devidamente fundamentada em razões de interesse público, designadamente a optimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e o reforço da respectiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial (n.º 1 e 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho). Acrescenta-se, no entanto, como melhor se analisará *infra*, que os CH que têm vindo a ser criados, não respeitaram, pelo menos em termos formais, tal obrigatoriedade de proposta prévia das ARS e, por outro lado, verifica-se igualmente que a criação de muitos CH se fez por Decreto-Lei, e não, como determinado no referido preceito legal, por Portaria do Ministro da Saúde. Posteriormente, a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, para além de ter procedido a alterações à LBS, veio institucionalizar a empresarialização dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, através da aprovação, em anexo ao referido diploma, do novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar. O referido regime definiu como seu âmbito de aplicação subjectivo os hospitais integrados na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, abrangendo os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e os

---

<sup>10</sup> Como exemplo de um Grupo de Hospitais legalmente criado, veja-se o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, que integra o CH Lisboa Central, E.P.E., o Hospital de Curry Cabral, E.P.E. e a Maternidade Alfredo da Costa, que mantiveram as respectivas naturezas e personalidades jurídicas, a sua autonomia administrativa e financeira, estando sujeitos a uma coordenação comum – cfr. Portaria n.º 172/2011, de 27 de Abril.



estabelecimentos privados “puros”, nos termos de contratos celebrados para esse efeito (n.º s 1 e 2 do artigo 1.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar).

Por sua vez, o n.º 1 do artigo 2.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar veio definir a natureza jurídica dos hospitais que podem integrar a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde. Assim, foi estabelecida a possibilidade de existência de quatro tipos distintos de hospitais públicos, em função do modelo de gestão adoptado:

- a) os hospitais integrados no sector público administrativo ( Hospitais S.P.A.), como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) os hospitais com a natureza de entidades públicas empresariais (Hospitais E.P.E.), como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) os hospitais sociedade anónimas (Hospitais S.A.), como sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; e
- d) os hospitais criados em regime de parcerias público-privadas (de ora em diante, Hospitais PPP), como estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com os quais sejam celebrados contratos.

O Regime Jurídico da Gestão Hospitalar não veio, contudo, introduzir qualquer alteração aos modelos de CH e de Grupo de Hospitais criados, devendo aliás notar-se que o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho previa já, no seu artigo 5.º, que lhes fosse aplicável a legislação relativa aos estabelecimentos hospitalares do SNS, que, em cada momento, estivesse em vigor. Nessa medida, e na sequência do novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, os CH respeitaram, primeiramente, a natureza de S.A.<sup>11</sup> e foram posteriormente transformados em EPE, pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho. Note-se que, actualmente, a esmagadora maioria dos CH têm a natureza de E.P.E., ainda que alguns tenham mantido a natureza de S.P.A.<sup>12</sup>.

Assim, os princípios gerais que devem ser acautelados na prestação de cuidados de saúde, aplicáveis a todas as instituições e serviços integrados no SNS e, portanto,

---

<sup>11</sup> Foi, por exemplo, o caso do então CH do Alto Minho que, por força do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, foi transformado em E.P.E..

<sup>12</sup> Como ocorre, a título de exemplo, com o CH do Oeste Norte.

também àqueles que adoptaram o modelo de CH, são os estabelecidos no Regime Jurídico da Gestão Hospitalar e que, em suma, e nos termos do seu artigo 4.º, se prendem com a liberdade de escolha do utente do estabelecimento hospitalar, a prestação dos cuidados com humanidade e respeito pelos utentes e o atendimento de qualidade, com eficácia e em tempo útil.

Por outro lado, e já no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), a Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de Junho, veio impor a “[...] *extinção progressiva, até ao final de 2006, das sub-regiões de saúde com a próxima reformulação de funções das administrações regionais de saúde e dos centros de saúde, bem como a criação de unidades locais de saúde onde existam condições para a imediata integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares*” (alínea j) do ponto 5). A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ora em diante ACES) concretizou a extinção das Sub-Regiões de Saúde, e permitiu que progressivamente sucedessem nas suas atribuições, designadamente quanto à gestão dos Centros de Saúde, as próprias ARS ou os ACES ou, ainda residualmente, as ULS (artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, que criou os ACES).

Por último, importa apresentar, ainda que de forma sumária, a evolução histórico-legislativa de criação dos CH<sup>13</sup>.

Na sequência da aprovação do referido Decreto-Lei, os primeiros CH a serem constituídos, todos com a natureza de S.P.A.<sup>14</sup> foram o CH de Cova da Beira, em 1999, o CH da Póvoa de Varzim - Vila do Conde<sup>15</sup> e o CH de Cascais, em 2000, o CH de Torres Vedras e o CH do Médio Tejo, em 2001 e o CH do Barlavento Algarvio, em 2004. Refira-se, a título de exemplo, que o objectivo que esteve na base da criação do CH da Cova da Beira foi o de contribuir “[...] *para uma gestão mais racional, eficiente e eficaz dos equipamentos hospitalares existentes naquela área geográfica*” – cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 426/99, de 21 de Outubro<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> No Anexo V é feita uma apresentação mais exaustiva da evolução histórico-legislativa de criação dos CH.

<sup>14</sup> Com excepção do CH do Barlavento Algarvio que foi criado com a natureza de S.A. – cfr. Decreto-Lei n.º 214/2004, de 23 de Agosto.

<sup>15</sup> Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto transformou este CH em E.P.E..

<sup>16</sup> De igual modo, refira-se que a criação do CH da Póvoa do Varzim – Vila do Conde visou a integração de “[...] *estabelecimentos de pequena dimensão, com reduzida capacidade de prestação de cuidados de saúde, e [que se situam], a curta distância, na mesma área geográfica [...] possibilitando a sua articulação e complementaridade, tendo em vista um melhor*

Posteriormente, e tendo em vista uma melhor prestação de cuidados de saúde, através da optimização dos recursos, foram criados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro o CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., o CH de Setúbal, E.P.E., e o CH do Nordeste, E.P.E..

Procedeu-se depois, através do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, à criação de mais cinco CH, a saber: o CH de Lisboa Central, E.P.E.; o CH de Coimbra, E.P.E.; o CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.<sup>17</sup>; CH do Médio Ave, E.P.E.; o CH do Alto Ave, E.P.E. e o CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. .

De seguida, o Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro, procedeu à criação do CH do Porto, E.P.E. e do CH do Tâmega e Sousa, E.P.E..

Durante o ano de 2008, o Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro, considerando as complementaridades existentes entre o Hospital de Santa Maria, E.P.E., e o Hospital Pulido Valente, E.P.E., e tendo em vista potenciar a articulação entre ambos, procedeu à criação do CH de Lisboa Norte, E.P.E..

Já em 2009, o Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro, procedeu à criação do CH de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.. No mesmo ano, e atendendo ao reconhecimento do “[...] *papel desempenhado pelo Serviço Nacional de Saúde ao nível da prestação de cuidados de saúde diferenciados, ficando aquele reforçado se alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, valências e diferenciação tecnológica, forem integrados em centros hospitalares que permitam maior rentabilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos*”, a Portaria n.º 83/2009, de 22 de Janeiro, procedeu à criação do CH do Oeste Norte, sob o modelo S.P.A. – cfr. preâmbulo do referido diploma legal.

Ainda nesse ano, o Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de Outubro, considerando as complementaridades existentes entre o Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. e o Hospital Distrital do Montijo, e tendo em vista potenciar a articulação entre ambos, procedeu à criação do CH do Barreiro Montijo, E.P.E.

---

*aproveitamento da capacidade neles instalada e uma maior rendibilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde.” – cfr. preâmbulo da Portaria 235/2000, de 27 de Abril.*

<sup>17</sup> Refira-se que já anteriormente o Decreto-Lei n.º 1199/2000, de 20 de Dezembro havia procedido à criação do CH de Vila Real-Peso da Régua.

Por fim, no início de 2011, foram criados pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, o CH de São João, E.P.E.; o CH e Universitário de Coimbra, E.P.E.; o CH do Baixo Vouga, E.P.E.; o CH de Tondela-Viseu, E.P.E.; o CH de Leiria-Pombal, E.P.E.. Foi ainda alterado o CH do Porto, que mantendo a natureza de E.P.E., passou a integrar o Hospital Joaquim Urbano. A criação, destes últimos CH, “[...] *pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços. Para o efeito, entre outras consequências, a criação de todos esses centros hospitalares reduz a estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas, reduzindo em mais de metade as estruturas de gestão e o número de gestores afectos a estas unidades de saúde, e introduz mecanismos para uma organização integrada e conjunta que tornam mais eficiente a gestão hospitalar das unidades de saúde envolvidas.*”.

Assim, encontram-se actualmente criados e em pleno funcionamento vinte e cinco CH, os quais se podem observar no Quadro *infra*.

## Quadro 1 – Centros Hospitalares em 2011<sup>18</sup>

Designação	Hospitais	Diploma
CH da Cova da Beira, E.P.E.	Hospital Distrital do Fundão Hospital Distrital da Covilhã	Decreto-Lei n.º 426/99, de 21 de Outubro
CH da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, E.P.E.	Hospitalar Distrital da Póvoa de Varzim Hospitalar Distrital de Vila do Conde	Portaria 235/2000, de 27 de Abril
CH do Médio Tejo, E.P.E.	Hospital Distrital de Abrantes Hospital Distrital de Tomar Hospital Distrital de Torres Novas	Portaria n.º 1277/2001, de 13 de Novembro
CH de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior	Portaria n.º 1295/2001, de 17 de Novembro
CH do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Hospital do Barlavento Algarvio Hospital Distrital de Lagos	Decreto-Lei n.º 214/2004 de 23 de Agosto
CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Hospital Egas Moniz Hospital Santa Cruz Hospital São Francisco Xavier	Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro
CH de Setúbal, E.P.E.	Hospital São Bernardo Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão	Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. (ex-CH Vila Real/Peso da Régua, E.P.E.)	Hospital Distrital de Chaves Hospital Distrital de Lamego Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua	Portaria n.º 1199/2000, de 20 de Dezembro e Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro.
CH do Médio Ave, E.P.E.	Hospital de Santo Tirso Hospital São João de Deus	Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
CH Lisboa Central, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) Hospital Santa Marta Hospital Dona Estefânia	Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
CH do Alto Ave, E.P.E.	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães Hospital de São José - Fafe	Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho	Decreto Regulamentar n.º 20/1977, de 16 de Março de Fevereiro Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
CH do Porto, E.P.E.	Hospital Geral de Santo António Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia Maternidade Júlio Dinis Hospital Joaquim Urbano	Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro e Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março
CH do Tâmega e Sousa, E.P.E.	Hospital Padre Américo, Vale do Sousa Hospital São Gonçalo	Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro
CH Psiquiátrico de Lisboa	Hospital Júlio de Matos Hospital Miguel Bombarda	Portaria n.º 1373/2007, de 19 de Outubro
CH Lisboa Norte, E.P.E.	Hospital de Santa Maria Hospital Pulido Valente	Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro
CH de Entre Douro e Vouga, E.P.E.	Hospital São Sebastião Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis Hospital Distrital São João da Madeira	Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro
CH do Oeste Norte	Centro Hospitalar Caldas da Rainha Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça Hospital São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche	Portaria n.º 83/2009, de 22 de Janeiro
CH Barreiro Montijo, E.P.E.	Hospital Nossa Senhora do Rosário Hospital do Montijo	Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de Outubro
CH de São João, E.P.E.	Hospital de São João Hospital Nossa Senhora da Conceição Valongo	Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março
CH e Universitário de Coimbra E.P.E. (ex-CH de Coimbra, E.P.E.)	Hospitais da Universidade de Coimbra Centro Hospitalar de Coimbra Hospital Psiquiátrico de Coimbra	Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro e Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março
CH do Baixo Vouga, E.P.E.	Hospital Infante D. Pedro Hospital Visconde Salreu de Estarreja Hospital Distrital de Águeda	Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março
CH de Tondela -Viseu, E.P.E.	Hospital Cândido Figueiredo Tondela Hospital São Teotónio	Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março
CH de Leiria-Pombal, E.P.E.	Hospital Santo André Hospital Distrital de Pombal	Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março

<sup>18</sup> Vide Anexo V – Evolução histórico-legislativa dos CH.

De toda a análise vinda de apresentar resulta então que a decisão de criação de CH foi sendo tomada, atentas as circunstâncias e realidades geográficas determinadas, tendo tal processo sido iniciado em 1999 e prolongado até aos dias de hoje.

Por outro lado, e conforme resulta do disposto nos diversos diplomas que procederam à criação dos CH, os pressupostos que presidiram à sua criação prenderam-se com:

- (i) a vontade de obter sinergias entre as diferentes unidades hospitalares existentes numa mesma área geográfica;
- (ii) a intenção de otimizar os recursos humanos, técnicos e financeiros existentes e os serviços prestados aos utentes;
- (iii) a necessidade de reforçar a articulação e complementaridade técnica e assistencial – quer entre as unidades hospitalares integradas em cada CH, quer entre estas e as unidades de cuidados primários;
- (iv) a necessidade de racionalização dos órgãos técnicos; e
- (v) o objectivo de garantia de mobilidade dos profissionais e utentes entre as diferentes unidades integradas em cada CH.

Ainda assim, não ficava claro da leitura dos referidos diplomas legais, se a criação dos CH resultou de uma análise prévia de tais pressupostos, por parte de cada uma das ARS, e conseqüente proposta formal de criação, conforme era legalmente imposto pelo Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho.

Atentos os pressupostos vindos de apresentar, e com o intuito de melhor avaliar o seu cumprimento, julgou-se relevante proceder a uma auscultação de todos os intervenientes directos no processo de criação dos CH – os próprios prestadores, os proponentes e as próprias populações. Para tanto, foi enviado um inquérito aos CH, às quatro ARS, onde se encontram constituídos e em funcionamento CH, a todos os ACES, bem como aos Presidentes das Câmaras Municipais dos concelhos abrangidos por CH, enquanto representantes das populações servidas por tais CH.

## 5. Dos Inquéritos efectuados

### 5.1. Das respostas dos CH

Conforme já adiantado, foi com o intuito de proceder quer à avaliação do cumprimento dos pressupostos ínsitos à criação dos CH, tal como conformados pelo legislador, quer à averiguação do grau de complementaridade na prestação de cuidados de saúde pelas diversas unidades em si integradas, que a ERS enviou um pedido de elementos<sup>19</sup>, em 10 de Março de 2011, aos dezanove CH que foram criados até 2009 e que, naquela data, estavam em funcionamento. Posto isto e recepcionadas todas as respostas remetidas por cada um dos intervenientes assim notificados, foi feita uma análise comparativa das mesmas de onde resultaram as conclusões que a seguir se apresentam<sup>20</sup>.

Efectivamente, e do ponto de vista dos CH, a sua criação veio promover:

- i) economias de escala e ganhos de eficiência, designadamente no que respeita ao aumento do poder negocial com os fornecedores, redução dos custos e maior aproveitamento da capacidade instalada;
- ii) uma reorganização dos profissionais de saúde pelas diferentes unidades hospitalares e um conseqüente aumento da mobilidade destes, com optimização das equipas de profissionais e dos equipamentos;
- iii) a criação de uma base única de dados por CH, acessível em cada unidade hospitalar integrada, proporcionando um benefício das populações no que respeita à proximidade de cuidados de saúde;
- iv) redução de stocks e criação de um sistema de transportes, reorganização das urgências e rentabilização dos MCDT, evitando o recurso dos utentes ao sector privado;
- v) um aumento dos serviços prestados, nomeadamente de consultas externas (em alguns casos, com os mesmos recursos disponíveis), e acesso dos utentes a cuidados e serviços de saúde mais especializados através da melhor organização dos mesmos;

<sup>19</sup> Vide inquérito no Anexo I.

<sup>20</sup> Vide respostas ao inquérito no Anexo I.

- vi) a criação de soluções logísticas no sentido de garantir o transporte inter-hospitalar;
- vii) a criação de órgãos técnicos, nomeadamente, criação de “Comissões Técnicas” e/ou Gabinetes, com vista à integração dos diversos serviços das diferentes unidades hospitalares, a criação de “direcções de unidades”, representantes do Conselho de Administração em cada uma das unidades hospitalares e a existência de auditor interno;
- viii) um investimento financeiro na mobilidade dos profissionais de saúde entre as diferentes unidades hospitalares integrantes dos CH; e
- ix) um investimento financeiro na aquisição de viaturas de transporte ou contratação de ambulâncias, destinadas ao transporte dos doentes entre as unidades hospitalares.

## 5.2. Das respostas das ARS

A ERS enviou igualmente um inquérito<sup>21</sup> às quatro ARS<sup>22</sup>, em cuja área de jurisdição se encontram constituídos e em funcionamento CH – ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Algarve –, por intermédio de ofícios de 10 de Março de 2011, e destinados a aferir nomeadamente da motivação da criação dos CH, dos ganhos que eram expectáveis com a sua criação e identificação do grau actual de concretização dos pressupostos que fundamentaram a criação de cada um dos CH.

Pretendia-se igualmente aquilatar do cumprimento da imposição legal de a criação dos CH ser precedida de proposta das ARS, devidamente fundamentada em razões de interesse público, designadamente aquelas decorrentes da necessidade de se obter a optimização de recursos e de serviços e de reforço da articulação e complementaridade entre diversas unidades hospitalares.

Efectivamente visava-se a verificação do cumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, que preceitua, no n.º 1 do seu artigo 3.º, que a criação de CH e

<sup>21</sup> Vide inquérito no Anexo II.

<sup>22</sup> Na ARS Alentejo não se realiza oferta de cuidados hospitalares no âmbito de CH, razão pela qual não lhe foi dirigido qualquer pedido de elementos.



de Grupos de Hospitais faz-se por Portaria do Ministro da Saúde, sob proposta do Conselho de Administração da ARS territorialmente competente. Recorde-se que, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 3.º do referido diploma legal, essa proposta deveria ser devidamente fundamentada em razões de interesse público, designadamente a optimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e o reforço da respectiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial.

Note-se que, não obstante ter sido solicitado às quatro ARS *supra* identificadas, cópia das propostas de criação dos CH, constituídos nas respectivas áreas de jurisdição, certo é que nenhuma das ARS remeteu uma qualquer proposta formal de criação de CH dirigida ao Ministério da Saúde, devidamente datada e assinada.

Ainda assim, a ARS Norte, a ARS Centro e a ARS Lisboa e Vale do Tejo alegaram terem sido realizados estudos preparatórios de onde resultaram documentos nos quais se basearam as decisões de criação dos CH, conforme melhor apresentado no Anexo II.

Com efeito, a omissão da realização de propostas pelas ARS para a criação dos CH, além de consubstanciar um potencial incumprimento do disposto na legislação, prejudica a própria análise que se pretende fazer do funcionamento dos mesmos. Isto porque, deveria ser do conteúdo das referidas propostas que se extrairiam os indicadores e parâmetros para avaliação do comportamento dos CH, o que prejudica a possibilidade de se aferir com exactidão se os fundamentos e objectivos da sua criação foram ou não cumpridos.

Quanto às demais questões constantes do inquérito remetido às quatro ARS, e melhor identificadas no Anexo II, importa agora apresentar, ainda que sumariamente, as conclusões que das mesmas foi possível extrair.

Do ponto de vista das ARS, os motivos que fundamentaram a criação de cada CH foram, designadamente, a melhoria da acessibilidade e da qualidade dos cuidados prestados, a racionalização da gestão de recursos humanos, a complementaridade assistencial entre as unidades existentes, a rentabilização de recursos técnicos e humanos, a concentração dos meios complementares de diagnóstico, a melhoria a nível da gestão pela obtenção de ganhos efectivos que resultam das economias de escala, a reorganização dos serviços de apoio e das áreas de gestão e de logística e o desenvolvimento e inovação dos sistemas de informação.

Decorre igualmente das respostas das ARS que não foram efectuados estudos concretos de avaliação dos CH, não tendo sido, por isso, possível aferir do cumprimento dos objectivos enunciados. Evidenciaram, também, que na maioria dos casos, o tempo decorrido desde a criação dos CH não é suficiente para se proceder a uma tal avaliação.

### 5.3. Das respostas dos ACES

Por último, e uma vez que, como já evidenciado anteriormente, a estruturação do actual sistema de saúde assenta em níveis diferenciados de prestação de cuidados de saúde, entre os quais os cuidados de saúde primários, considerou-se relevante o envio de um inquérito a todos os ACES abrangidos pelas área de influência de um CH, por ofícios de 10 de Março de 2011<sup>23</sup>, visando aferir do impacto da criação e do funcionamento de CH no que respeita aos aspectos da ligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares.

O predito inquérito foi remetido para os 33<sup>24</sup> ACES, cuja área de influência/referência abrange unidades hospitalares integradas em CH.

Das respostas obtidas ao referido inquérito, e mais extensamente analisadas no Anexo III, foi possível extrair algumas conclusões, apresentadas de seguida.

---

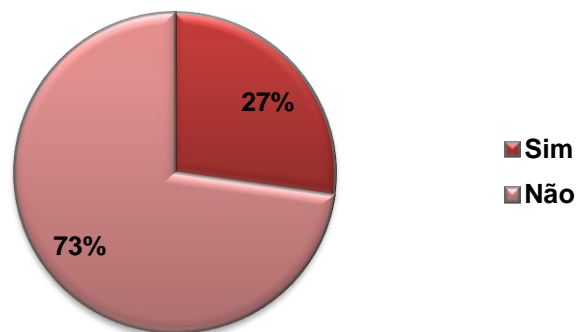
<sup>23</sup> Vide inquérito no Anexo III.

<sup>24</sup> Os trinta e três (33) ACES que responderam ao inquérito foram os seguintes: ACES de Alto Trás-os-Montes I – Nordeste; ACES da Cova da Beira; ACES da Grande Lisboa I - Lisboa Norte; ACES da Grande Lisboa II - Lisboa Oriental; ACES da Grande Lisboa III - Lisboa Central; ACES da Grande Lisboa IV – Oeiras; ACES da Grande Lisboa V – Odivelas; ACES da Grande Lisboa VI – Loures; ACES da Península de Setúbal III - Arco Ribeirinho; ACES da Península de Setúbal IV - Setúbal - Palmela; ACES do Algarve II – Barlavento; ACES do Alentejo Litoral; ACES do Ave I - Terras de Basto; ACES do Ave II - Guimarães/Vizela; ACES do Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa; ACES do Ave III – Famalicão; ACES do Pinhal Interior Norte I; ACES de Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso; ACES do Douro I - Marão e Douro Norte; ACES do Douro II - Douro Sul; ACES do Grande Porto VIII – Gaia; ACES do Grande Porto IX - Espinho/Gaia; ACES do Grande Porto V - Póvoa de Varzim/Vila do Conde; ACES do Grande Porto VI - Porto Ocidental; ACES do Médio Tejo I - Serra d'Aire; ACES do Médio Tejo II – Zêzere; ACES do Oeste I - Oeste Norte; ACES do Oeste II - Oeste Sul; ACES do Tâmega I - Baixo Tâmega; ACES do Tâmega II - Vale do Sousa Norte; ACES do Tâmega III - Vale do Sousa Sul; ACES de Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca; e ACES de Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte.

Quanto à “*Identificação do(s) estabelecimento(s) hospitalar(es) de referência do Agrupamento do Centro de Saúde (ACES)*”, foi possível concluir que, de todos os ACES inquiridos (ver Gráfico 1):

- (i) 27% só referenciam para hospitais integrados em CH; e
- (ii) 73% não referenciam somente para hospitais integrados em CH.

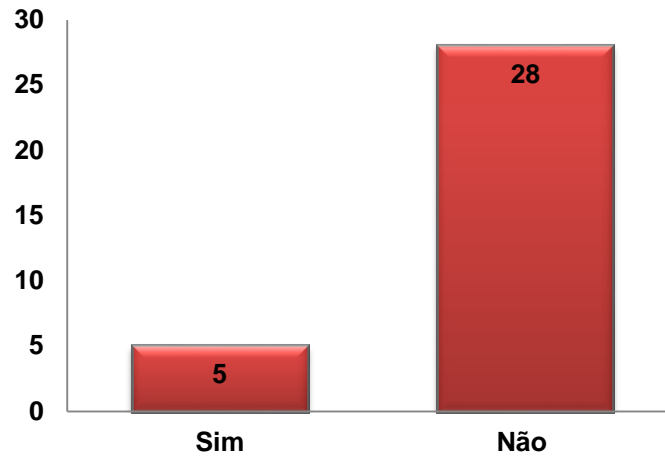
**Gráfico 1 – Referência exclusiva para CH**



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

No que respeita ao “*Esclarecimento sobre a existência de reclamações por parte dos utentes relativamente a situações enquadráveis ou resultantes do facto de a referência ser efectuada para um estabelecimento objecto de integração horizontal, isto é, integrado em Centro Hospitalar*”, dos ACES inquiridos, somente cinco referiram ter havido reclamações de utentes que derivaram do facto de serem referenciados para um CH e os restantes ACES (vinte e oito) evidenciaram que não tinham nenhuma reclamação que se inserisse neste âmbito (ver Gráfico 2).

**Gráfico 2 - Reclamações por parte dos utentes**

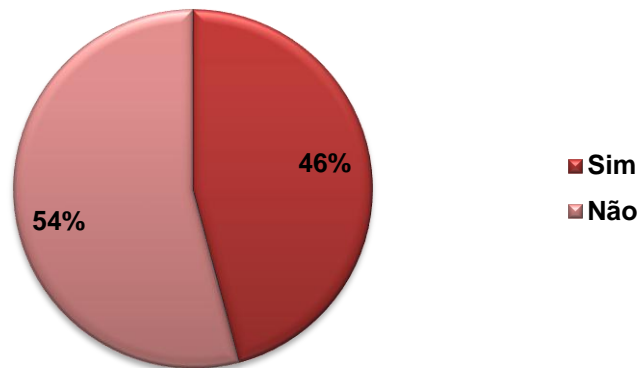


Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

Relativamente à questão se *“Na eventualidade do ACES também referenciar para estabelecimentos hospitalares não integrados em Centros Hospitalares, [...] existe preferência de referenciação dos utentes e/ou se este procedimento é diferente consoante a referenciação for para Centro Hospitalar ou para um Hospital não integrado horizontalmente”*, foi possível concluir que dos vinte e quatro ACES que evidenciaram não referenciar apenas para CH, verificou-se que (ver Gráfico 3):

- (i) 46% têm preferência na referenciação; e
- (ii) 54% não têm qualquer preferência na referenciação dos utentes para os prestadores de cuidados de saúde hospitalares.

**Gráfico 3 - Preferência na referenciação dos utentes**



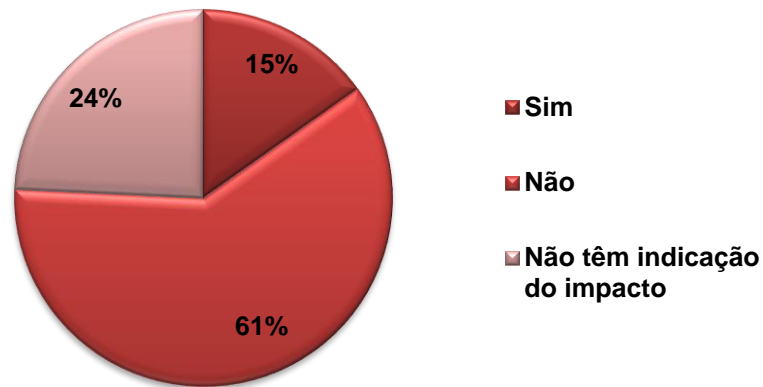
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

Quanto à questão relativa à *“Informação se houve um aumento dos custos de transporte dos utentes, a cargo desse ACES (ou Centros de Saúde nele integrados) após a criação do(s) Centro(s) Hospitalar(es)”*, consideradas todas as respostas a este ponto, foi possível concluir que, de todos os ACES inquiridos (ver Gráfico 4):

- (i) 15% evidenciaram que houve um aumento dos custos de transporte após a criação do(s) CH;
- (ii) 61% evidenciaram que não houve um aumento dos custos de transporte após a criação do(s) CH; e
- (iii) 24% evidenciaram que não tinham indicação do impacto<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Nesta percentagem estão incluídos os ACES que não tinham acesso a este tipo de informação e/ou que os dados existentes não permitiam proceder à informação solicitada.

**Gráfico 4 - Custo de transporte a cargo dos ACES, após a criação de CH**



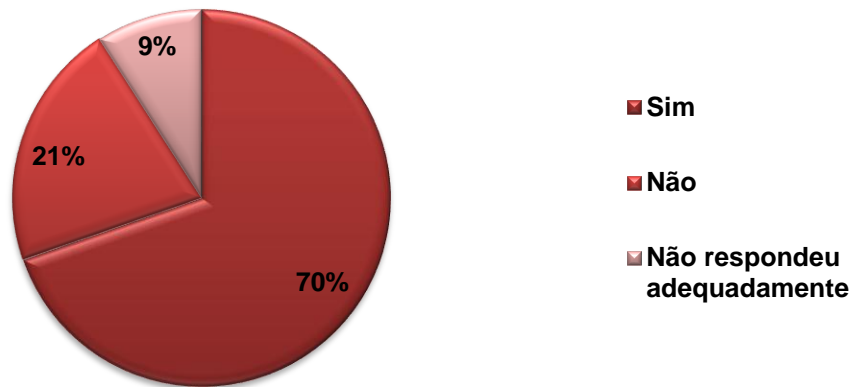
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

Relativamente à apreciação efectuada pelos ACES do efectivo grau de integração verificado nos CH de referência, em termos de “*medidas de optimização de serviços prestados ao utente*” (ver Gráfico 5):

- (i) 70% evidenciaram ter conhecimento que os CH realizaram medidas de optimização;
- (ii) 21% evidenciaram que os CH não realizaram quaisquer medidas de optimização; e
- (iii) 9% não responderam adequadamente<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Nesta percentagem estão incluídos os ACES que evidenciaram que não tinham informação necessária para responder.

**Gráfico 5 - Medidas de otimização realizadas pelos CH**



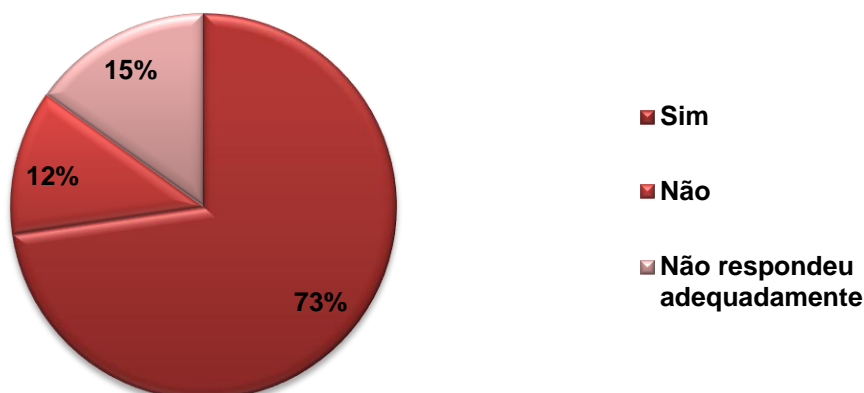
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

Consideradas as respostas relativamente às “*medidas implementadas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial - cfr. n.º 2 do artigo n.º 3 do Decreto-Lei n.º 284/99, de 25 de Julho*”, foi possível concluir que (ver Gráfico 6):

- (i) 73% evidenciaram que implementaram medidas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial;
- (ii) 12% evidenciaram que não implementaram medidas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial; e
- (iii) 15% não responderam adequadamente<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Nesta percentagem estão incluídos os ACES que evidenciaram que não tinham informação necessária para responder e/ou não responderam a esta questão.

**Gráfico 6 - Medidas implementadas de articulação entre os ACES e CH**



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

## 5.4. Das respostas dos Municípios

Pretendeu-se igualmente avaliar o impacto que a criação dos CH teve junto dos Municípios e tentar apreender a visão dos cidadãos sobre esta forma de gestão dos estabelecimentos hospitalares. Nesse sentido, a ERS solicitou informação a todas as Câmaras Municipais cujos concelhos são abrangidos pelas áreas de influência dos CH, por ofícios de 14 de Março de 2011<sup>28</sup>.

Em concreto, e para cada Município, foi solicitado a apreciação da concreta realidade existente no referido município, seja no que respeita à proximidade e disponibilidade de serviços hospitalares para os utentes, seja no que respeita a outros aspectos relevantes e, designadamente, atinentes à mobilidade de utentes e profissionais de saúde.

Refira-se que foram obtidas doze respostas que são apresentadas e analisadas no Anexo IV. Quanto às conclusões que das mesmas se podem retirar, refira-se que como aspectos positivos com efeito directo no bem-estar das populações, foram destacados pelos Municípios, fundamentalmente, a concentração e especialização de serviços que se repetiam pelas unidades hospitalares que hoje integram os CH, evitando perdas de eficiência e recursos financeiros, assim como as melhorias em matéria de proximidade,

<sup>28</sup> Vide inquérito no Anexo IV.



localização, diversidade e qualidade dos serviços prestados. No que concretamente respeita ao apoio assistencial, foi salientado um acesso mais alargado das populações, ainda que delimitado a algumas especialidades médicas.

Como aspectos negativos da criação dos CH foram salientados, designadamente, a não existência de orientações-base em termos de funcionamento dos CH, a instabilidade de projectos e orientações, as constantes mudanças na orientação do Conselho de Administração, as elevadas listas de espera e a degradação e falta de credibilidade da rede de cuidados primários, provocando uma excessiva solicitação ao CH, bem como o aumento significativo dos custos com o transporte de utentes

## 6. Avaliação do acesso

### 6.1. Enquadramento

Desde a conformação inicial e fundamental do SNS que claramente se assumiu que a sua organização deveria, sem prejuízo da *superintendência ou tutela do Ministro da Saúde*, assentar na estruturação que melhor serviria a identificação dos cuidados de saúde necessários e a garantia do acesso aos utentes onde quer que vivam.

Com efeito, o SNS deve prestar “*integradamente cuidados globais ou garant[ir] a sua prestação*” e que possibilite ao utente o acesso, com carácter “*de equidade e de forma integrada, [a] todos os cuidados globais, com o objectivo de minimizar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*”. – cfr. alíneas b) e d) da Base XXIV da LBS.

Nessa medida, desempenham as ARS, conforme já referido *supra*, um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência.

Note-se que se tem dirigido as principais políticas de saúde para a garantia do acesso aos cuidados de saúde, políticas estas que estão alinhadas com as desenvolvidas pela maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). No entanto, nos últimos 15 anos, o crescimento da despesa com a saúde excedeu o crescimento económico em quase todos os países da OCDE, podendo ainda continuar a aumentar se não forem tomadas medidas adequadas (OCDE, 2009).

Na sequência da crise económica e financeira, muitos países enfrentam défices orçamentais e, tem surgido nesse âmbito, a necessidade de reduzir os gastos públicos para conseguir maior estabilidade macroeconómica. Ora, como a saúde é um dos maiores componentes do gasto do sector público, a prioridade das políticas de saúde tem sido no sentido de diminuir o valor da despesa. No entanto, a diminuição das despesas de saúde não poderá pôr em causa o acesso e deverá aumentar a eficiência dos sistemas de saúde no longo prazo.

Apesar disso, existem sempre diferenças em saúde entre a população, a nível regional, nacional ou internacional. Estas diferenças surgem ao nível de várias dimensões,

incluindo a idade, o sexo, a raça ou os grupos étnicos, a área geográfica e o nível socioeconómico (Looper e Lafortune, 2009). Estas diferenças, também conhecidas como variações ou diferenciais em saúde, são também referidas como iniquidades (ou desigualdades) em saúde (*health inequalities*) ou disparidades (*disparities*).

Tendo como princípio subjacente que as características populacionais influenciam o acesso aos cuidados de saúde, foi realizada uma análise do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para se ter uma medida comparativa das regiões abrangidas por cada CH.

O índice foi desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq e permite uma análise padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, bem como a comparação entre regiões ou países.

O IDH engloba informações de âmbito demográfico, cultural e económico em relação a um determinado País ou Região, de modo a permitir comparar a realização das necessidades humanas consideradas básicas e prioritárias. As variáveis para o cálculo deste indicador prendem-se com a esperança média de vida que mede a longevidade; a taxa de alfabetização e de escolarização que medem o nível de instrução; e, finalmente, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, como indicador de rendimento<sup>29</sup>.

No relatório de 2010 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>30</sup>, que avalia o bem-estar das populações de 169 países, Portugal encontrava-se em 40º lugar no ranking do IDH, tendo-lhe sido atribuído o IDH “*Muito Alto*”. No entanto, e com a análise da área de influência das populações pertencentes aos diferentes CH, constatam-se desigualdades regionais relativas ao bem-estar das populações, as quais podem pôr em causa o acesso das populações abrangidas por cada área de influência dos CH.

---

<sup>29</sup> A fórmula utilizada para o cálculo do IDH encontra-se no Anexo VI.

<sup>30</sup> Vide “*Human Development Report 2010 - 20th Anniversary Edition, The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*” em <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/>.

## 6.2. Os CH em análise

Na Tabela *infra* é apresentado o IDH para as regiões abrangidas por todos os CH actualmente constituídos, com excepção do CH Psiquiátrico de Lisboa<sup>31</sup>. Ademais, e não obstante a sua extinção em 2011, por transformação em ULS, foi também incluído na análise o CH do Nordeste, E.P.E.<sup>32</sup>.

**Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>33</sup>**

	IDH	Desenvolvimento
CH da Cova da Beira, E.P.E.	0,6923	Médio
CH da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	0,8628	Alto
CH do Médio Tejo, E.P.E.	0,6677	Médio
CH de Torres Vedras	0,7257	Médio
CH do Barlavento Algarvio, E.P.E.	0,7510	Médio
CH do Nordeste, E.P.E.	0,6931	Médio
CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.	0,9176	Muito alto
CH de Setúbal, E.P.E.	0,7756	Médio
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	0,6931	Médio
CH do Médio Ave, E.P.E.	0,811	Alto
CH de Lisboa Central, E.P.E.	0,8219	Alto
CH do Alto Ave, E.P.E.	0,7315	Médio
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	0,7955	Médio
CH do Porto, E.P.E.	0,805	Alto

<sup>31</sup> O CH Psiquiátrico de Lisboa não se incluiu na análise do IDH e nas restantes análises apresentadas no estudo, uma vez que a sua inclusão distorceria qualquer análise, em função dos hospitais especializados terem áreas de abrangência regionais, com superfícies de dimensão muito grande, e não serem directamente comparáveis aos outros hospitais em termos de especificidade dos cuidados de saúde prestados.

<sup>32</sup> O CH do Nordeste, E.P.E. foi incluído na análise do IDH e nas restantes análises apresentadas no estudo, embora tenha sido extinto no presente ano, por transformação em ULS, devido ao facto de existirem dados relativos ao referido CH, o que justifica incluí-lo na análise. E, para além disso, manteve-se como CH durante cinco anos, o que garante um horizonte temporal aceitável para se poder incluir nas diferentes análises.

<sup>33</sup> Refira-se que o valor do IDH varia entre 0 e 1, sendo este último valor o que revela as melhores condições socioeconómicas. Nomeadamente, se:

- (i) o IDH está entre 0 e 0,499, é considerado baixo;
- (ii) o IDH está entre 0,500 e 0,799, é considerado médio;
- (iii) o IDH está entre 0,800 e 0,899, é considerado elevado; e
- (iv) o IDH está entre 0,900 e 1, é considerado muito elevado.

(continuação)

	IDH	Desenvolvimento
CH do Tâmega e Sousa, E.P.E.	0,7229	Médio
CH Lisboa Norte, E.P.E.	0,9176	Muito alto
CH de Entre Douro e Vouga, E.P.E.	0,7345	Médio
CH do Oeste Norte	0,7257	Médio
CH Barreiro Montijo, E.P.E.	0,7779	Médio
CH de São João, E.P.E.	0,8050	Alto
CH e Universitário de Coimbra, E.P.E	0,8106	Alto
CH do Baixo Vouga, E.P.E.	0,7937	Médio
CH Tondela-Viseu, E.P.E.	0,7485	Médio
CH de Leiria-Pombal, E.P.E.	0,7650	Médio

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE, 2010.

Da análise dos dados constantes da Tabela 1, as regiões que abrangem o CH de Lisboa Ocidental, E.P.E. e o CH Lisboa Norte, E.P.E. apresentam as melhores condições socioeconómicas, com o IDH “*Muito Alto*”. As regiões que abrangem o CH da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E., o CH do Médio Ave, E.P.E., o CH de Lisboa Central, E.P.E., o CH do Porto, E.P.E., o CH de São João, E.P.E. e o CH e Universitário de Coimbra, E.P.E. apresentam o IDH “*Alto*”. E, por último, as regiões que abrangem o CH da Cova da Beira, E.P.E., o CH do Médio Tejo, E.P.E., o CH de Torres Vedras, o CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., o CH do Nordeste, E.P.E., o CH de Setúbal, E.P.E., o CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., o CH do Alto Ave, E.P.E., o CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., o CH do Tâmega e Sousa, E.P.E., o CH de Entre Douro e Vouga, E.P.E., o CH do Oeste Norte, o CH do Barreiro Montijo, E.P.E., o CH do Baixo Vouga, E.P.E., o CH de Tondela-Viseu, E.P.E. e o CH de Leiria-Pombal, E.P.E. exibem o IDH “*Médio*”.

Como visto, a realidade socioeconómica nas regiões da área de abrangência dos CH é muito heterogénea. No entanto, os Contratos-Programa celebrados por cada CH somente diferem uns dos outros, de uma forma genérica, na remuneração das áreas de produção contratadas<sup>34</sup> devido ao *case-mix*<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> A produção contratada engloba: internamento de agudos e de crónicos; ambulatório médico e cirúrgico; consultas externas (primeiras e subsequentes); atendimentos urgentes, por tipologia;

Ora, não está contemplado nos Contratos-Programa as características da população da respectiva área de abrangência, o que, no futuro, poderá necessitar de um exercício de adaptação. Por exemplo, a modalidade de pagamento contemplada nos Contratos-Programa celebrados pelas ULS estabelece que o valor *per capita* de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%)<sup>36</sup>. O estado de saúde das populações é aferido através da taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia). A componente de determinantes da despesa é baseada num modelo explicativo da variação da despesa (ACSS, 2010).

Ademais, ao considerar-se, por um lado, cinco áreas de produção contratadas (consultas externas, internamentos, intervenções cirúrgicas, episódios de urgências e sessões de hospital de dia), plasmadas nos Contratos-Programa e nos respectivos Acordos Modificativos celebrados pelos CH e, por outro lado, a produção realizada tal como descrita nos Relatórios e Contas, verificam-se desvios que podem ser observados no Quadro *infra*.

Para se proceder à análise da variação entre a produção contratada e a realizada, foi escolhido um grupo de dezasseis CH<sup>37</sup> (criados antes de 2008) e dois anos de análise (2008 e 2009) e analisadas as cinco áreas de produção *supra* identificadas.

---

sessões de hospital de dia; hemodiálise e diálise peritoneal; diagnóstico pré-natal; interrupção da gravidez; novos doentes de VIH/Sida; e serviço domiciliário. Relativamente à produção contratada, cada um dos CH “[...] *obriga-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde constantes* [nos anexos dos Contratos-Programa e/ou dos Acordos Modificativos].

<sup>35</sup> O Índice de Case-Mix é “[...] *entendido como o Coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos Grupos de Diagnósticos Homogéneos e o número total de doentes equivalentes. No âmbito dos Contratos-Programa celebrados com os Hospitais do SNS, procede-se ao cálculo do ICM para a produção em Internamento e para a produção em Ambulatório, considerando-se ainda ICM distintos para episódios cirúrgicos e médicos em cada uma daquelas linhas de produção*”. - cfr. o Portal de Codificação e dos GDH da ACSS.

<sup>36</sup> Vide “Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos” elaborado pela ACSS (Novembro de 2010).

<sup>37</sup> Os CH incluídos no grupo para a realização da análise da produção contratada e realizada foram os seguintes: CH da Cova da Beira, E.P.E., CH da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E., CH do Médio Tejo, E.P.E., CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH do Nordeste, E.P.E., CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E., CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., CH do Médio Ave, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH do Porto, E.P.E., CH do Tâmega e Sousa, E.P.E., CH de Lisboa Norte, E.P.E., e CH de Coimbra, E.P.E..

**Tabela 2 - Análise da produção contratada e realizada pelos CH**

	Produção					
	2008 Contratada	2008 Realizada	Variação %	2009 Contratada	2009 Realizada	Variação %
<b>Consultas Externas</b>	3.823.132	4.491.054	17%	3.974.627	4.746.161	19%
<b>Internamentos</b>	401.691	414.237	3%	388.177	408.432	5%
<b>Intervenções cirúrgicas</b>	158.314	254.065	60%	210.526	270.835	29%
<b>Urgências</b>	1.865.414	2.555.144	37%	1.973.902	2.477.464	26%
<b>Sessões de Hospital dia</b>	238.067	433.342	82%	260.175	433.801	67%

Fonte: Elaboração própria com base nos Contratos-Programa e Relatórios e Contas dos CH.

No grupo de CH em análise, para o ano de 2008, o total de consultas externas contratadas foi de 3.823.132 e realizadas 4.491.054, isto é, foram efectuadas mais 17% das consultas contratadas. Para o ano de 2009, o referido grupo realizou mais 19% das consultas externas que tinha contratado.

Para os internamentos, o grupo de CH realizou, em 2008, mais 3% do que contratou, e mais 5% em 2009. Para as intervenções cirúrgicas, o grupo de CH realizou, em 2008, mais 60% do que contratou, e 29% em 2009. Para as urgências, a variação do contratado para o realizado, pelo grupo de CH, em 2008, foi de 37%, e em 2009, de 26%. E, relativamente às sessões de hospital dia<sup>38</sup>, o grupo de CH realizou mais 82% do que foi contratado em 2008, e mais 67%, em 2009.

Em jeito de conclusão, refira-se que através da análise, por um lado, de cinco áreas de produção contratadas (consultas externas, internamentos, intervenções cirúrgicas, episódios de urgências e sessões de hospital de dia), plasmadas nos Contratos-Programa e nos respectivos Acordos Modificativos celebrados pelos CH e, por outro lado, da produção realizada tal como descrita nos Relatórios e Contas, constatou-se que os Contratos-Programa não estão a reflectir as características da área de abrangência da

---

Nota relativa à análise da produção contratada e realizada pelo grupo CH em análise: o CH de Coimbra, engloba os hospitais que, no período em análise, constituíam o referido CH, designadamente o Hospital Geral, o Hospital Pediátrico e a Maternidade de Bissaya Barreto.

<sup>38</sup> A área de produção sessões de hospital dia não é contemplada para o CH da Póvoa Varzim/Vila do Conde, E.P.E. para o ano de 2008 e 2009.

população, nem tampouco a produção efectivamente realizada. Perante este cenário, poder-se-á verificar uma penalização do desempenho económico-financeiro dos CH<sup>39</sup>.

### 6.3. Dimensões espaciais do acesso: capacidade e proximidade

Numa vertente geográfica do acesso, a qual importa obviamente realçar no âmbito do presente Relatório, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam. E não será de todo admissível que o direito constitucionalmente consagrado de acesso à prestação de cuidados de saúde, que tutela todos e cada um dos utentes do SNS, possa ser por qualquer forma – como, por exemplo, mediante quaisquer limitações geográficas de acesso – prejudicado. Isto é, qualquer utente do SNS, seja qual for a sua proveniência, deve ser detentor do exacto e mesmo direito constitucional, com igual conteúdo e tutela, de acesso à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, que integra quer os estabelecimentos do SNS, quer os estabelecimentos não públicos e os profissionais em regime liberal com quem hajam sido celebrados convenções para prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS – cfr. n.º 4 da Base XII da LBS.

Mais se refira que, para concretização dos princípios fundamentais estabelecidos para um serviço nacional de saúde, a LBS consagrou ainda, nas directrizes da política de saúde estabelecidas na Base II, ser “[...] *objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços*” (sublinhado nosso).

Ora, a metodologia de avaliação do acesso dos utentes aos cuidados de saúde que serviu de base ao presente estudo teve em consideração as dimensões espaciais da *capacidade e proximidade*, por recurso à análise dos respectivos indicadores, complementada por uma análise temporal destinada a aferir do acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

<sup>39</sup> A análise de custos e a análise financeira dos CH será apresentada nas secções 7 e 8 do presente estudo.



Na presente secção pretende-se avaliar o desempenho de todos os CH constituídos até final de 2011<sup>40</sup>, tendo em consideração as condicionantes do acesso das populações a cuidados de saúde hospitalares prestados em estabelecimentos integrados em CH. Para tal, foram analisados indicadores de capacidade e proximidade. Estes indicadores permitem avaliar a dimensão da estrutura dos CH face às necessidades dos utentes, considerados pelas áreas de abrangência respectivas. Faz-se notar que não foram considerados para efeitos da presente análise, os hospitais integrados em ULS e os hospitais que não foram objecto de qualquer tipo de integração, pelo que as conclusões retiradas terão de ser tidas em conta à luz de tal condicionante<sup>41</sup>. E, pelos motivos já enunciados na secção anterior, o CH Psiquiátrico de Lisboa foi excluído da análise e o CH do Nordeste foi incluído<sup>42</sup>. Note-se, também, que os Hospitais especializados integrantes dos CH também foram excluídos das análises apresentadas *infra*, uma vez que a sua inclusão poderia enviesar os resultados e distorcer um pouco a realidade, por tais hospitais assumirem características intrínsecas designadamente no que respeita às áreas de abrangência e população coberta geralmente mais abrangentes que as dos restantes hospitais. Ainda assim, poderão estar a ser consideradas áreas de abrangência excessivas face à realidade, devido à inexistência de uma rede de referenciação específica e claramente definida.

Para efeitos da presente análise, na definição das áreas de abrangência/influência dos hospitais, indicativas das populações cobertas pelos mesmos, recorreu-se, inicialmente, ao Portal da Saúde, com consideração de todos os concelhos dos Centros de Saúde abrangidos, bem como das áreas de influência das urgências apresentadas, tendo posteriormente cada uma das ARS confirmado à ERS os concelhos das áreas de

---

<sup>40</sup> Recorde-se que quanto à análise da capacidade e proximidade, e por facilidade de obtenção dos dados, optou-se por considerar todos os CH actualmente constituídos, com excepção do CH Psiquiátrico de Lisboa.

<sup>41</sup> Para avaliar possíveis sobreposições na prestação de cuidados de saúde hospitalares consulte-se o estudo da ERS intitulado “Relatório sobre a Rede Hospitalar de Portugal Continental com Financiamento Público”.

<sup>42</sup> Recorde-se que, o CH Psiquiátrico de Lisboa não se incluiu na análise, uma vez que a sua inclusão distorceria qualquer análise, em função dos hospitais especializados terem áreas de abrangência regionais, com superfícies de dimensão muito grande, e não serem directamente comparáveis aos outros hospitais em termos de especificidade dos cuidados de saúde prestados. Recorde-se também que o CH do Nordeste, E.P.E. foi incluindo na análise, embora tenha sido extinto no presente ano, por transformação em ULS, devido ao facto de existirem dados relativos ao referido CH, o que justifica incluí-lo na análise. E, para além disso, manteve-se como CH durante cinco anos, o que garante um horizonte temporal aceitável para se poder incluir nas diferentes análises.

influência das unidades hospitalares integradas em cada CH, tendo sido essa a informação utilizada no presente estudo<sup>43</sup>.

Para identificação do número de médicos de cada unidade hospitalar integrada nos CH, com excepção daquela que foi fornecida pelas ARS, a informação foi solicitada a cada CH, no final do ano de 2011, e no âmbito da elaboração do “Estudo para a Carta Hospitalar”<sup>44</sup>.

No que concerne ao número de enfermeiros foram consideradas as informações enviadas pelos CH no âmbito de pedido de elementos da ERS de 10 de Março de 2011, e a informação disponível no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS<sup>45 46</sup>.

A metodologia adoptada para avaliar a dimensão *capacidade* encontra-se assente em três indicadores:

- o rácio número de médicos por 1000 habitantes (Capacidade I);

---

<sup>43</sup> Informação prestada à ERS no âmbito do “Estudo para a Carta Hospitalar”.

<sup>44</sup> Tal informação foi enviada de acordo com o pretendido, com excepção do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho que enviou a informação desagregada por cada uma das unidades hospitalares que o compõe, mas sem distinção das horas trabalhadas pelos médicos em cada uma das unidades, pelo que, neste caso, foi necessário o cálculo dos médicos ETC, tendo-se considerado o número de horas a tempo completo semanal igual a 35 horas, dividindo em partes iguais tal número pelas unidades indicadas.

Importa ainda apresentar as seguintes especificidades apresentadas nos dados relativos aos números de médicos por unidade hospitalar:

- o CH da Póvoa de Varzim-Vila do Conde não considerou na resposta enviada médicos em regime de prestação de serviços e o CH de Entre o Douro e Vouga referiu que os serviços se encontravam unificados dentro do CH e que, por isso, os médicos se dividiam pelas três unidades, pelo que se considerou uma divisão equitativa do número de médicos por especialidade do CH entre as três unidades hospitalares;

- o CH de Torres Vedras enviou informação que relativamente ao número de médicos efectivos se reporta a 09/12/2011 e ao número de médicos em regime de prestação de serviços a 30/06/2011;

- o CH do Oeste Norte enviou a informação relativa ao número de médicos, com referência ao número total de horas de trabalho dos médicos de cada especialidade, pelo que foi feito o cálculo de número de médicos em ETC de acordo com a correspondência 1 médico = 35 horas de trabalho.

<sup>45</sup> Dados de 24 de Outubro de 2011.

<sup>46</sup> Refira-se que o SRER é o único registo nacional de prestadores de cuidados de saúde, e dada a sua uniformidade e a sua consagração legal, estabelecida no artigo 4.º da Portaria n.º 52/2011, de 27 de Janeiro, segundo o qual os profissionais de saúde que prestam actividade nos estabelecimentos registados no SRER são elementos sujeitos a registo, e no n.º 2 do artigo 13.º do mesmo diploma, segundo o qual as falsas declarações prestadas no âmbito do registo constituem infracção de natureza criminal, punível nos termos da lei. Acresce que os dados são sempre actualizados, como decorre do n.º 2 do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, sobre a obrigação das entidades responsáveis pelos estabelecimentos de proceder à actualização dos dados do registo no prazo de dois meses a contar de qualquer alteração.

- o rácio número de enfermeiros por 1000 habitantes (Capacidade II); e
- o rácio número de enfermeiros por número de médicos (Capacidade III).

Nesta análise são considerados os rácios *supra* referidos apresentados pelos concelhos abrangidos pelas áreas de influência dos CH o que permite a sua comparação com os valores de Portugal Continental e da União Europeia (UE). De referir, de acordo com a Tabela 3, que o número de médicos por 1000 habitantes em Portugal Continental é superior ao da UE, 3,7 e 3,3, respectivamente. No entanto, o número de enfermeiros por 1000 habitantes em Portugal Continental é inferior, correspondendo a 5,7 contra 9,8 na UE (ver Tabela 3).

**Tabela 3 – Análise da capacidade dos CH**

CH	Capacidade I	Capacidade II	Capacidade III
	<i>nr. de médicos</i> 1000 habitantes	<i>nr. de enfermeiros</i> 1000 habitantes	<i>nr. de enfermeiros</i> <i>nr. de médicos</i>
CH da Cova da Beira, E.P.E.	1,7	4,5	2,6
CH da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, E.P.E.	1,0	1,5	1,5
CH do Médio Tejo, E.P.E.	1,4	3,3	2,4
CH de Torres Vedras	0,6	1,4	2,4
CH do Barlavento Algarvio, E.P.E.	1,4	3,4	2,4
CH do Nordeste, E.P.E.	0,9	3,2	3,6
CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.	0,8	2,0	2,3
CH de Setúbal, E.P.E.	1,9	3,7	1,9
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	1,1	3,3	3,0
CH do Médio Ave, E.P.E.	1,4	1,6	1,2
CH de Lisboa Central, E.P.E.	2,4	3,9	1,7
CH do Alto Ave, E.P.E.	0,7	2,4	3,3
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	1,6	2,8	1,8
CH do Porto, E.P.E.	2,4	3,2	1,3
CH do Tâmega e Sousa, E.P.E.	0,6	1,0	1,7
CH Lisboa Norte, E.P.E.	1,5	2,2	1,5
CH de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	1,5	2,1	1,4
CH do Oeste Norte	1,0	2,2	2,3

(*continuação*)

CH	Capacidade I	Capacidade II	Capacidade III
CH do Barreiro Montijo, E.P.E.	1,4	2,6	1,9
CH de São João, E.P.E.	2,5	3,9	1,6
CH e Universitário de Coimbra, E.P.E.	2,7	7,4	2,7
CH do Baixo Vouga, E.P.E.	0,8	1,5	1,8
CH de Tondela-Viseu, E.P.E.	1,0	1,4	1,3
CH de Leiria-Pombal, E.P.E.	0,7	1,7	2,3
Portugal Continental	3,7	5,7	1,5
UE ( <i>Health at Glance</i> , 2010)	3,3	9,8	3,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Portal da Saúde, SRER, INE, e dos pedidos de elementos aos CH.

Tendo por base a comparação entre as áreas de abrangência de cada CH, a que apresenta maior capacidade em relação ao indicador Capacidade I é a do CH e Universitário de Coimbra, E.P.E, com 2,7 médicos por 1000 habitantes, seguida pela do CH de São João, E.P.E. com 2,5 médicos por 1000 habitantes, pela do CH do Porto, E.P.E. e pela do CH de Lisboa Central, E.P.E., cada uma, com 2,4 médicos por 1000 habitantes. Importa notar, relativamente ao indicador Capacidade I, que as áreas de abrangência dos CH acabados de referir, embora sejam aquelas que apresentam o maior número de médicos por 1000 habitantes, encontram-se abaixo dos valores médios quer a nível nacional, quer a nível comunitário (de 3,7 e 3,3, respectivamente, conforme *supra* visto).

Relativamente às áreas de abrangência do CH da Cova da Beira, E.P.E., do CH da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E., do CH do Médio Tejo, E.P.E., do CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., do CH de Setúbal, E.P.E., do CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., do CH do Médio Ave, E.P.E., do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., do CH Lisboa Norte, E.P.E., do CH de Entre Douro e Vouga, E.P.E., do CH do Oeste Norte, do CH Barreiro Montijo, E.P.E. e do CH Tondela-Viseu, E.P.E. apresentam valores entre 1 e 1,9 médicos por 1000 habitantes, no indicador de Capacidade I, representando menos de metade do valor médio considerado quer a nível nacional quer a nível da UE. As restantes

áreas de abrangência dos CH têm, de acordo com o indicador Capacidade I, menos de um médico por 1000 habitantes. Estes resultados poderão traduzir dificuldades, por parte dos utentes, no acesso a cuidados de saúde hospitalares, associados à pouca capacidade evidenciada pelo rácio em análise.

No que se refere ao rácio de Capacidade II, que traduz o número de enfermeiros por 1000 habitantes, a área de abrangência do CH e Universitário de Coimbra, E.P.E apresenta, novamente, o maior valor, 7,4, acima do valor médio nacional, 5,7, ficando, no entanto, aquém do valor médio da UE, 9,8.

No que concerne a este indicador, é de destacar que as áreas de abrangência do CH da Cova da Beira, E.P.E., do CH de São João, E.P.E., do CH de Lisboa Central, E.P.E., do CH de Setúbal, E.P.E., do CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., do CH do Médio Tejo, E.P.E., do CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., do CH do Nordeste, E.P.E. e do CH do Porto, E.P.E. encontram-se no intervalo entre 3,2 e 4,5 enfermeiros por 1000 habitantes.

As restantes áreas de abrangência dos CH apresentam um valor inferior a 3 enfermeiros por 1000 habitantes no rácio Capacidade II, destacando-se a do CH do Tâmega e Sousa, E.P.E. com o valor de 1,0 enfermeiros por 1000 habitantes, o que poderá traduzir potenciais dificuldades ao acesso dessas populações a cuidados de saúde hospitalares.

Torna-se importante referir que o número de enfermeiros por 1000 habitantes, nestes dois últimos grupos analisados, é inferior não só ao valor médio da UE, como ao valor médio nacional, sendo que este último já se encontra muito abaixo do da UE.

De referir, igualmente, as assimetrias no acesso das populações, extraídas da análise, tendo em conta a elevada amplitude de variação do rácio considerado, entre 1,0 e 7,4.

No que se refere ao indicador de Capacidade III, antes de mais, importa ressaltar que Portugal Continental apresenta metade do valor do rácio da UE, o que se traduz em insuficiência relativa de enfermeiros. Este indicador poderá, desde logo, traduzir uma limitação à capacidade a nível nacional, que poderá levar à necessidade de revisão dos recursos humanos a nível nacional e local.

Porém, existem áreas de abrangência de CH em que o número de enfermeiros por número de médicos se encontra acima do valor médio da UE, a saber a do CH do Nordeste, E.P.E. e a do CH do Alto Ave, E.P.E.

Os CH que apresentam áreas de abrangência com um rácio de número de enfermeiros por número de médicos inferior ao rácio de Portugal Continental são: o CH de Lisboa Norte, E.P.E., o CH de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., o CH de Tondela-Viseu, E.P.E., o CH do Porto, E.P.E. e o CH do Médio Ave, E.P.E. de onde se retira um potencial excesso de médicos relativamente ao número de enfermeiros.

Para uma análise que permita distinguir os grupos de CH, considerando cumulativamente os rácios de Capacidade I e de Capacidade II, foram construídos três grupos:

- Grupo 1: CH cujas áreas de abrangência assumem valores, no rácio de Capacidade I, entre 2,4 e 2,7 médicos por 1000 habitantes e no rácio de Capacidade II valores acima do rácio de Portugal Continental;
- Grupo 2: CH cujas áreas de abrangência se encontram numa situação intermédia, embora com valores inferiores a Portugal Continental, no intervalo de 1,9 a 1,0 médicos por 1000 habitantes e de 3,3 a 4,5 enfermeiros por 1000 habitantes;
- Grupo 3: CH cujas áreas de abrangência se encontram mais distanciados do valor nacional, com menos do que 1 médico por 1000 habitantes e menos de 2,4 enfermeiros por 1000 habitantes.

Assim, de acordo com os critérios definidos anteriormente, os CH distribuem-se da seguinte forma:

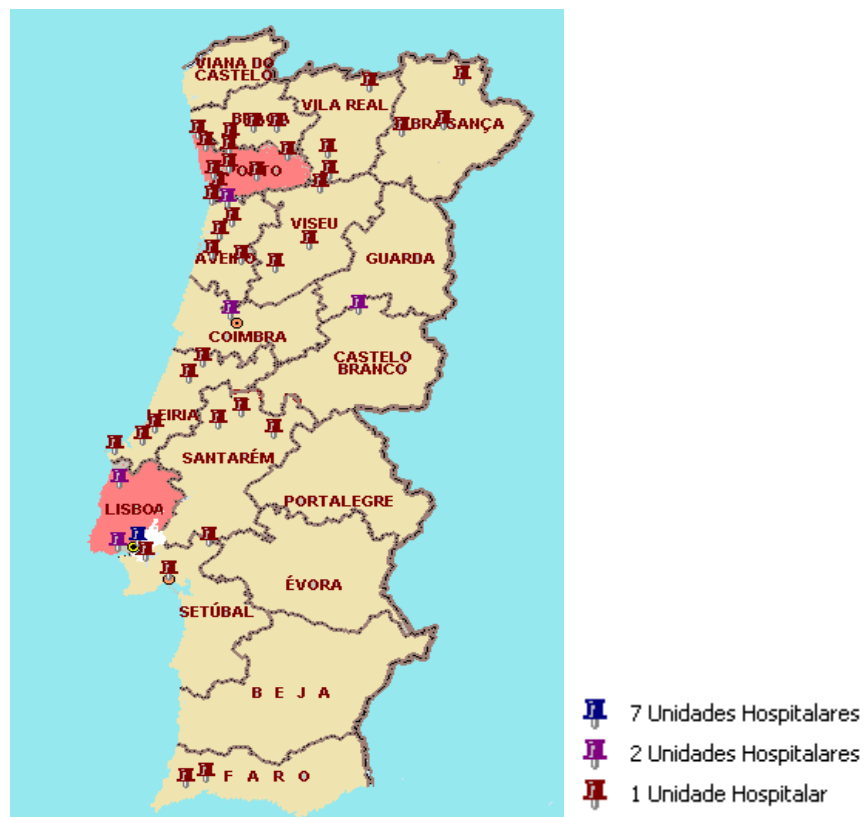
- Grupo 1: CH e Universitário de Coimbra, E.P.E.;
- Grupo 2: CH da Cova da Beira, E.P.E., CH do Médio Tejo, E.P.E., CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E. e CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
- Grupo 3: CH de Torres Vedras, CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH do Tâmega e Sousa, E.P.E., CH do Baixo Vouga, E.P.E. e CH de Leiria-Pombal, E.P.E..

O Grupo 3, tendo em conta a capacidade por população abrangida, poderá apresentar maiores problemas no que concerne ao acesso, ainda que seja considerado cada CH individualmente ignorando-se a possibilidade de existirem outros hospitais, para a mesma área de abrangência a que se refere, e que poderão colmatar esta falha.

Os restantes CH não se encontram considerados nestes grupos por as suas áreas de abrangência não se incluírem, simultaneamente, nos intervalos *supra* considerados para número de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes.

Ademais, foi elaborado um mapa com referência aos Códigos Postais de 4 dígitos de cada unidade hospitalar integrada em CH (Figura 1), de onde se retiram, no que se refere às áreas de influência dos CH, a existência de sobreposições significativas, na região de Lisboa, designadamente com o CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., o CH de Lisboa Central, E.P.E. e o CH de Lisboa Norte, E.P.E., e na região do Porto, nomeadamente com o CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E., o CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., o CH do Porto, E.P.E. e o CH de São João, E.P.E..

**Figura 1 - Unidades Hospitalares integradas em CH**



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Portal da Saúde.

A análise dos rácios é susceptível de ser influenciada por tal constatação, na medida em que poderá existir uma dupla contagem de população nas áreas referidas, pelo que deverá ser tida em conta à luz do número total de médicos e enfermeiros do conjunto dos CH da região de Lisboa e dos CH da região do Porto para a totalidade da população abrangida nessas regiões, e não dos indicadores de cada CH isoladamente.

Tendo em consideração os Códigos Postais de quatro dígitos de cada estabelecimento dos CH, foi calculado o tempo de viagem para cada concelho das áreas de abrangência respectivas. Nessa sequência, foi feita uma análise do tempo máximo de viagem, considerando o concelho mais distante de cada estabelecimento e o tempo médio de viagem, através do cálculo de uma média composta dos concelhos abrangidos para cada estabelecimento integrado.

Importa notar que o tempo de viagem de 90 minutos pode ser escolhido como sendo uma referência ideal para se aferir da proximidade dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares e, *in casu*, verificar se as áreas de abrangência dos hospitais são adequadas. Isto porque o tempo de 90 minutos<sup>47</sup> é uma referência usual em estudos de acesso, a qual pode ser considerada suficientemente lata para abranger intervenções cirúrgicas na análise, para além de consultas, atendimento de urgência<sup>48</sup> e outros cuidados de saúde hospitalares.

Uma vez que nenhum dos CH apresenta tempo médio de viagem superior a 90 minutos, os CH foram, para efeitos de análise de proximidade, relativamente aos concelhos abrangidos, divididos em três grupos:

- a mais de 45 minutos de tempo médio de viagem (Grupo 1);
- entre 25 e 45 minutos de tempo médio de viagem (Grupo 2); e
- menos de 25 minutos de tempo médio de viagem (Grupo 3).

No Grupo 1, tendo em conta a tabela *infra*, encontra-se o CH do Nordeste, E.P.E., que apresenta um tempo médio de viagem a cada um dos estabelecimentos que o integram de aproximadamente 47 minutos o que poderá ser indicador de maior dificuldade relativa no acesso. No Grupo 2 estão incluídos, do mais distante para o mais próximo, o CH e

---

<sup>47</sup> Vide Committee on Pediatric Manpower (1981). "Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee". *Pediatrics* 67(5): 585-596.

<sup>48</sup> Atendimentos de urgência têm como referência o máximo de 60 minutos de viagem (*vide* Despacho n.º 727/2007, de 18 de Dezembro de 2006, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 15 de Janeiro de 2007, relativo às características da rede de serviços de urgência).



Universitário de Coimbra E.P.E., o CH de Tondela-Viseu, E.P.E., o CH do Tâmega e Sousa, E.P.E., o CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., o CH de Torres Vedras, o CH de Leiria-Pombal, E.P.E., o CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., e o CH do Alto Ave, E.P.E., sendo que os tempos médios de viagem se encontram, na maioria dos casos, inflacionados, devido à consideração de uma área de abrangência demasiado extensa.

No Grupo 3 encontram-se os CH com tempo médio de viagem inferior a 25 minutos e, por isso, com um índice de proximidade elevado face à população abrangida, designadamente, do mais distante para o mais próximo, O CH do Médio Tejo, E.P.E., o CH de Entre Douro e Vouga, E.P.E., o CH de Setúbal, E.P.E., o CH do Barreiro Montijo, E.P.E., o CH do Baixo Vouga, E.P.E., o CH da Cova da Beira, E.P.E., o CH do Oeste Norte, o CH do Médio Ave, E.P.E., o CH do Porto, E.P.E., o CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., o CH de Lisboa Norte, E.P.E., o CH de São João, E.P.E., o CH da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, E.P.E., o CH de Lisboa Ocidental, E.P.E. e o CH de Lisboa Central, E.P.E.

**Tabela 4 – Análise da Proximidade dos CH**

CH	Concelho mais distante	Tempo máximo viagem	Tempo médio viagem
CH da Cova da Beira, E.P.E.	Penamacor	00:37:44	00:21:17
CH da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	Póvoa de Varzim	00:17:56	00:10:31
CH do Médio Tejo, E.P.E.	Mação	00:47:31	00:22:22
CH de Torres Vedras	Cadaval	00:42:33	00:31:45
CH do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Silves	00:44:33	00:26:59
CH do Nordeste, E.P.E.	Carraceda de Ansiães	01:31:02	00:46:40
CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Lisboa	00:12:03	00:09:44
CH de Setúbal, E.P.E.	Palmela	00:30:23	00:21:48
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Penedono	01:04:29	00:32:07
CH do Médio Ave, E.P.E.	Mação	00:47:31	00:20:24
CH de Lisboa Central, E.P.E.	Lisboa	00:04:13	00:04:05
CH do Alto Ave, E.P.E.	Cabeceiras de Basto	00:49:21	00:25:00
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	Espinho	00:22:35	00:13:25

(continuação)

CH	Concelho mais distante	Tempo máximo viagem	Tempo médio viagem
CH do Porto, E.P.E.	Gondomar	00:22:23	00:14:09
CH do Tâmega e Sousa, E.P.E.	Resende	01:02:32	00:33:35
CH de Lisboa Norte, E.P.E.	Loures	00:20:22	00:13:14
CH de Entre Douro e Vouga, E.P.E.	Arouca	00:41:54	00:22:04
CH do Oeste Norte	Óbidos	00:35:00	00:20:55
CH do Barreiro Montijo, E.P.E.	Montijo	00:45:13	00:21:40
CH de São João, E.P.E.	Valongo	00:16:48	00:12:24
CH e Universitário de Coimbra, E.P.E	Pampilhosa da Serra	01:21:23	00:40:06
CH do Baixo Vouga, E.P.E.	Mealhada	00:39:19	00:21:38
CH de Tondela-Viseu, E.P.E.	Penedono	01:20:48	00:37:17
CH de Leiria-Pombal, E.P.E.	Ourém	00:45:42	00:27:26

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Portal da Saúde e INE.

Em jeito de conclusão, poder-se-á referir que comparando os CH para efeitos de capacidade, verificou-se uma distribuição muito heterogénea de recursos humanos. Relativamente ao número de médicos por 1000 habitantes constatou-se que os CH que apresentaram maior capacidade foram o CH e Universitário de Coimbra, E.P.E, o CH de São João, E.P.E., o CH do Porto, E.P.E. e o CH de Lisboa Central, E.P.E.. No entanto, e no que respeita ao indicador de Capacidade I, os CH acabados de referir, embora sejam aqueles que apresentam o maior número de médicos por 1000 habitantes, encontram-se abaixo dos valores médios quer a nível nacional, quer a nível europeu.

O número de enfermeiros por 1000 habitantes, em todos os CH, com exceção do CH e Universitário de Coimbra, E.P.E. é inferior ao rácio nacional que, por sua vez, é inferior ao da UE. Estes resultados revelam uma inadequada distribuição de profissionais de saúde no território nacional, sejam médicos ou enfermeiros.

No que concerne à proximidade constatou-se que todos os CH apresentam, no que se refere ao acesso dos utentes das respectivas áreas de abrangência, um tempo médio de viagem, a cada um dos estabelecimentos que o integram, inferior a 90 minutos,

assumindo-se, no entanto, a necessidade da implementação efectiva das Redes de Referência Hospitalar, com definição explícita das áreas de abrangência.

## 6.4. Dimensão temporal do acesso: Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Pela Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, foram aprovados “[...] os termos a que deve obedecer a redacção e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde [...]” (cfr. artigo 1.º), com o objectivo de “[...] garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas<sup>49</sup> em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]” (cfr. n.º 1 do artigo 2.º).

Enquanto instrumentos de concretização de tal desiderato, prevê-se a definição e estabelecimento de “*tempos máximos de resposta garantidos*”<sup>50</sup>, bem como o reconhecimento do “*direito dos utentes à informação sobre esses tempos*” (cfr. n.º 2 do artigo 2.º).

Na esteira da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto surgiu, então e num primeiro estágio, a Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, pela qual veio o Legislador aprovar o Regulamento

<sup>49</sup> A Carta dos Direitos de Acesso é aplicável no âmbito da *rede nacional de prestação de cuidados de saúde*, a qual abrange os estabelecimentos do SNS e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem hajam sido celebrados contratos para prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS – cfr. n.º 4 da Base XII da LBS. Faz-se notar, aliás, que tais contratos com estabelecimentos privados e profissionais em regime liberal podem ser celebrados (apenas) desde que esteja garantido o direito de acesso – cfr. n.º 3 da Base XII da LBS.

<sup>50</sup> Os tempos máximos de resposta garantidos são estabelecidos por Portaria do Ministério da Saúde, para todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatorio dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada, devendo, gradualmente, ser discriminados por patologia ou grupos de patologia (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24/08). Por seu turno, cada estabelecimento do SNS fixará anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional por via da referida Portaria, os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, que igualmente deverão constar dos respectivos plano de actividades e contratos-programa (cfr. n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24/08).

do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH) e que resulta do reconhecimento da “[...] existência de insuficiências ao nível do sistema de gestão do acesso à primeira consulta hospitalar, [que levou à identificação da] necessidade de adopção de medidas de gestão, nomeadamente em matéria de regulação, normalização e controlo, que permitam uma monitorização eficaz da capacidade de resposta das instituições hospitalares do SNS, pelo que se justifica a criação de um programa específico” – cfr. preâmbulo da referida Portaria.

Foram assim estabelecidas as regras de organização e procedimentos, a serem implementados em calendarização determinada na Portaria, que permitiram a constituição de um tal sistema integrado de referenciação e acesso a primeiras consultas hospitalares de especialidade. Foram ainda estabelecidas as primeiras regras específicas e efectivas sobre os TMRG, conforme *infra* se destacam:

“4.3. — O prazo máximo do hospital de destino para avaliação do pedido e de marcação de consulta é de três dias úteis, independentemente do número de triadores que intervenham no procedimento. [...]”

5 — Tempo máximo de resposta garantido no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar:

5.1 — O tempo máximo de resposta garantido a atribuir ao acesso à primeira consulta da especialidade hospitalar, nos termos da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, é objecto de actualização por portaria a publicar anualmente.

5.2 — Atendendo ao nível da prioridade clínica atribuída pelo triador e sem prejuízo de prazos mais reduzidos que venham a ser definidos em função do tipo de patologia, a realização de primeiras consultas hospitalares tem o seguinte tempo máximo de resposta, contado a partir da data do registo do pedido pela unidade de cuidados de saúde primários:

5.2.1 — 30 dias, se a realização da consulta for considerada como muito prioritária;

5.2.2 — 60 dias, se a realização da consulta for considerada como prioritária;

5.2.3 — *150 dias, se a realização da consulta for considerada com prioridade normal.*”

A regulamentação da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto foi complementada pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, que veio efectivamente definir “[...] *ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007*” (cfr. preâmbulo da Portaria), os TMRG a serem respeitados pelos estabelecimentos do SNS, mas igualmente pelos prestadores privados convencionados com o SNS. Ou seja, esta última Portaria procedeu à fixação, “*a nível nacional, [dos] tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e que constam do anexo n.º 1 [da referida Portaria]*”, tal como estabeleceu o dever de “*os TMRG definidos na presente portaria [deverem] ser tidos em conta nos planos de desempenho e na contratualização para 2009 dos estabelecimentos do SNS bem como na revisão ou estabelecimento de novos contratos com entidades convencionadas*” – cfr., respectivamente, o n.º 1 e o n.º 2 do artigo 1.º de tal diploma.

Note-se que, diferentemente do que havia sucedido com a Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho que apenas estabeleceria os TMRG para acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro foram estabelecidos TMRG para o acesso a diferentes níveis e tipos de cuidados, como sejam

- (i) consultas em cuidados de saúde primários;
- (ii) primeiras consulta de especialidade hospitalar (em função de diferentes níveis de prioridade ou de patologia oncológica);
- (iii) realização de determinados meios complementares de diagnóstico, mormente em doenças cardiovasculares;
- (iv) cirurgia programada (em função de diferentes níveis de prioridade ou de patologia oncológica); e ainda
- (v) consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico em entidades convencionadas.

Por outro lado, por tal Portaria foi ainda publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, que contém o elenco de direitos reconhecidos aos utentes do SNS, e entre eles o direito “[...] *Ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) definidos anualmente por portaria do Ministério da Saúde para todo o tipo de prestação de cuidados sem carácter de urgência*”.

Tais regras estabelecidas na Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto e nas Portarias que a regulamentaram são regras claras, precisas e incondicionais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, reconhecendo porém o legislador que a fixação dos TMRG só é credível se existirem instrumentos adequados de monitorização do seu cumprimento. A fidelidade e qualidade de qualquer informação a obter neste âmbito obriga ao funcionamento pleno do sistema informático da CTH porque é certamente o único meio capaz de alcançar tais desideratos – cfr. Preâmbulo da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

### **6.4.1 Primeiras consultas de especialidade – sua importância**

Conforme decorre da Portaria n.º 615/2008 de 11 de Julho, a primeira consulta hospitalar é definida como a “[...] *consulta em hospital em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade/valência e referente a um novo episódio de doença*.” – cfr. Anexo II da Portaria. Nessa medida, a primeira consulta tem origem nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, e é agendada considerados os critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta. Ainda, refira-se que deve ser atribuído ao triador hospitalar a responsabilidade pela triagem dos pedidos de primeira consulta, e pela subsequente indicação da sua prioridade.

Para tanto, deverá o estabelecimento hospitalar, como já visto, considerar os TMRG legalmente estipulados pelo Decreto-Lei n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, nos termos seguintes:

<p>[...]</p> <p><b>2 — Hospitais do SNS:</b></p> <p>2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde:</p> <p>2.1.1 — De realização «muito prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.....</p> <p>2.1.2 — De realização «prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.....</p> <p>2.1.3 — De realização com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.....</p>	<p>30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde.</p> <p>60 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.</p> <p>150 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.</p>
--	--

Fonte: Anexo I da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

Já no que respeita às consultas subsequentes de especialidade hospitalar, refira-se que são as mesmas definidas pela Portaria 615/2008, de 11 de Julho, no seu Anexo II, como as efectuadas “[...] *num hospital para verificação da evolução do estado de saúde do utente, administração terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio (de doença ou de cuidados)*”.

Note-se porém que, e no que a estas últimas respeita, os diplomas *supra* analisados não conformam os TMRG à semelhança do visto para as primeiras consultas. Não obstante, sempre se poderá concluir que, embora a sua marcação esteja sempre dependente de uma decisão médica do profissional que atenda o utente em sede de primeira consulta hospitalar, também a sua marcação deve sempre considerar um cronograma específico consubstanciado na situação clínica concreta do utente a quem se destina.

Do exposto, resulta que as primeiras consultas de especialidade hospitalar são a porta de entrada dos utentes, salvo em situações de urgência/emergência, nos cuidados de saúde hospitalares, o que aliado ao facto de existirem, como visto, TMRG legalmente fixados

justificaram que as mesmas fossem aqui utilizadas e consideradas como elementos relevantes de análise e avaliação do acesso dos utentes às unidades integradas nos CH.

## 6.4.2 Primeiras consultas de especialidade – análise estatística

Nesta secção pretende-se aferir, numa perspectiva temporal, do cumprimento dos TMRG pelos CH, na marcação e realização das primeiras consultas hospitalares, e sobre a evolução do modelo de integração horizontal. Para tal, foram realizadas duas análises: a análise estatística e a análise econométrica.

Ambas as análises pretendem, assim, avaliar a equidade no acesso dos utentes nos CH e comparar com outros modelos de organização distintos, aqui considerados as ULS e os hospitais que não estão incluídos em nenhum tipo de integração. Acrescente-se que todos os dados que serviram às análises referidas foram fornecidos pela ACSS e são relativos aos anos de 2009 e de 2010. Foram retirados da análise os hospitais especializados e os hospitais que não possuíam dados relativos a todos os trimestres de 2009 e 2010<sup>51</sup>.

Atenta tal metodologia, foram assim criados três grupos de hospitais, nos quais foram incluídos:

- no grupo de CH, os hospitais integrados em CH<sup>52</sup>;

---

<sup>51</sup> Refira-se que nesta análise, e devido ao facto de se terem disponíveis os dados por prestador e não por tipo de integração optou-se por comparar o modelo de CH com outros modelos de organização distintos, aqui consideradas as ULS e os hospitais que não estão incluídos em nenhum tipo de integração (designado por grupo de controlo) e e pelo factos desses mesmos dados serem relativos a 2009 e 2010, obviamente que não são aqui considerados os CH criados em 2011.

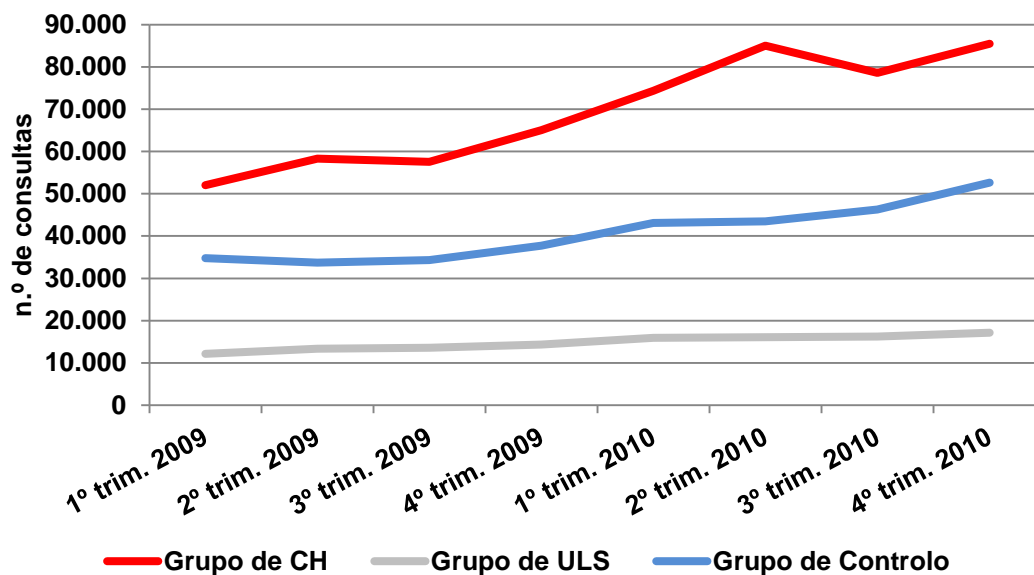
<sup>52</sup> Os CH que são objecto de análise estatística e econométrica são: CH da Cova da Beira, E.P.E., CH da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E., CH do Médio Tejo, E.P.E., CH de Torres Vedras, CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH do Nordeste, E.P.E., CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E., CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., CH do Médio Ave, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH do Porto, E.P.E., CH de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., CH do Oeste Norte, CH do Barreiro Montijo, E.P.E. e CH de Coimbra, E.P.E..



- no grupo de ULS, os hospitais integrados numa ULS<sup>53</sup>; e
- no grupo de Controlo, os hospitais não abrangidos por nenhum tipo de integração<sup>54</sup>.

A informação trimestral relativa ao número de primeiras consultas realizadas nos diferentes grupos de hospitais é apresentada no Gráfico 7. Através da análise do referido gráfico, constata-se que os três grupos de hospitais apresentam uma tendência de crescimento quanto ao número de primeiras consultas realizadas.

**Gráfico 7 - Número de primeiras consultas realizadas**



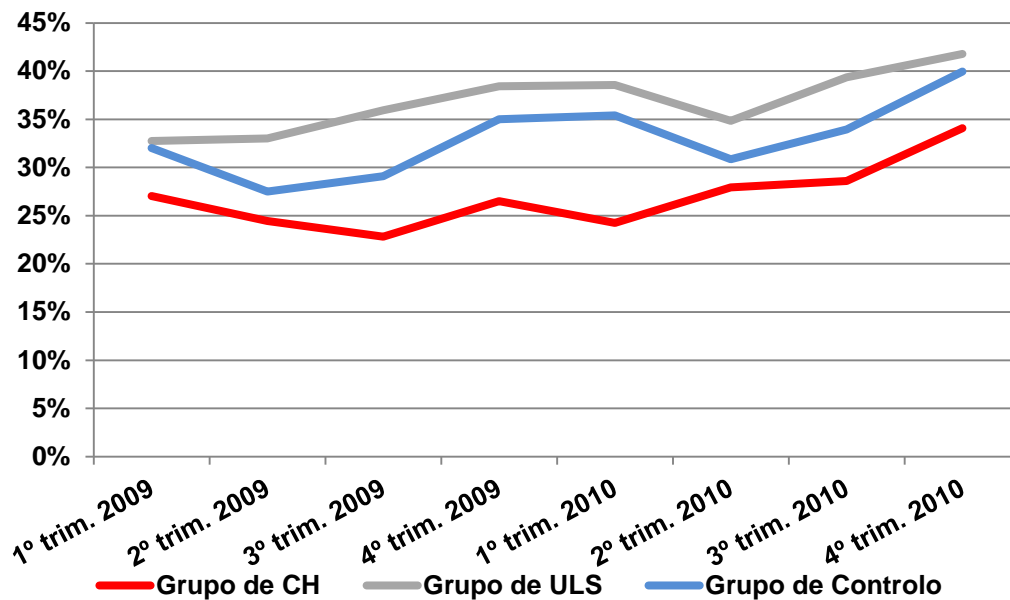
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

<sup>53</sup> As ULS que são objecto de análise estatística e econométrica são: ULS de Matosinhos, E.P.E., ULS do Alto Minho, E.P.E., ULS da Guarda, E.P.E., ULS de Castelo Branco, E.P.E., ULS do Norte Alentejano, E.P.E. e ULS do Baixo Alentejo, E.P.E..

<sup>54</sup> Os hospitais incluídos no grupo de Controlo, que não são abrangidos por nenhum tipo de integração, e que são objecto de análise estatística e econométrica são: H. Cândido de Figueiredo, H. Curry Cabral, E.P.E., H. de Braga, H. de Faro, E.P.E., H. de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, H. de S. João, E.P.E., H. de Santa Maria Maior, E.P.E., H. Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., H. Distrital de Águeda, H. Distrital de Santarém, E.P.E., H. Distrital de Pombal, H. do Arcebispo João Crisóstomo, H. do Espírito Santo de Évora, E.P.E., H. do Litoral Alentejano, H. Dr. Francisco Zagalo, H. Garcia de Orta, E.P.E., H. Infante D. Pedro, E.P.E., H. José Luciano de Castro, H. Reynaldo dos Santos, H. Santo André, E.P.E., H. São Teotónio, E.P.E., H. Visconde Salreu e HPP - Hospital de Cascais.

Observa-se igualmente que, no quarto trimestre de 2010, os três grupos de hospitais apresentaram um maior número de primeiras consultas de especialidade realizadas, sendo que o grupo de CH realizou 85.482, o grupo de ULS 17.144, e o grupo de Controlo 52.606.

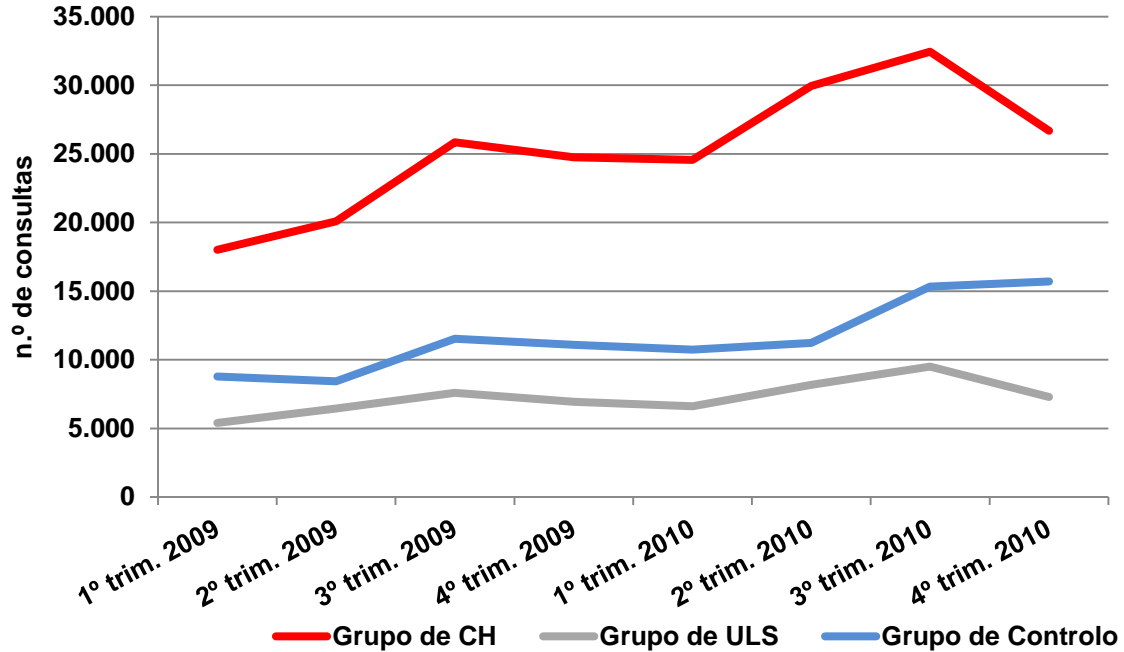
**Gráfico 8 – Percentagem de primeiras consultas realizadas fora dos TMRG face ao total de consultas efectuadas**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Analisando, agora, a percentagem de primeiras consultas realizadas fora dos TMRG face ao total de consultas efectuadas, por cada grupo de hospital e por trimestre, constata-se que o grupo de ULS apresentou, durante os oito trimestres em análise, as percentagens mais elevadas. No entanto, para os três grupos em análise, a tendência verificada é de crescimento da percentagem de primeiras consultas fora dos TMRG relativamente ao total de consultas realizadas, ainda que os CH tenham apresentado as percentagens mais baixas em relação aos outros dois grupos em análise (ver Gráfico 8 *supra*).

**Gráfico 9 – Número de primeiras consultas agendadas fora do TMRG**

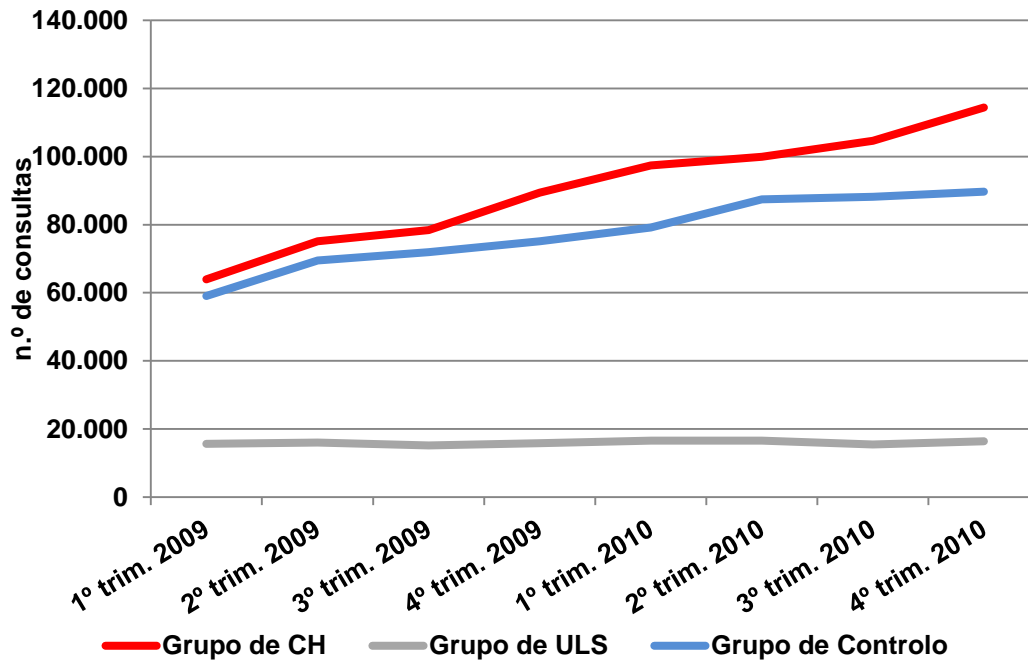


Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Relativamente às primeiras consultas agendadas fora dos TMRG, veja-se no Gráfico 9 *supra*, que o grupo de CH foi o que apresentou um maior número de consultas agendadas fora do TMRG, seguido pelo grupo de Controlo e, por último, pelo grupo de ULS. Note-se que tanto para o grupo de CH como para o grupo de ULS houve uma tendência de diminuição de primeiras consultas agendadas fora do tempo no quarto trimestre de 2010.

No que diz respeito aos pedidos de primeiras consultas hospitalares requeridos pelos Centros de Saúde há mais de três dias úteis e não agendados, o Gráfico 10 *infra* indica que os três grupos em análise apresentam uma tendência de crescimento ao longo dos oito trimestres considerados. Sendo que, o grupo de CH, no último trimestre, apresentou 114.382 pedidos de primeiras consultas requeridos pelos Centros de Saúde há mais de três dias e não agendados, o grupo de ULS 16.434 pedidos e o grupo de Controlo 89.666 pedidos.

**Gráfico 10 – Número de pedidos de primeiras consultas emitidos há mais de 3 dias e não agendados**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

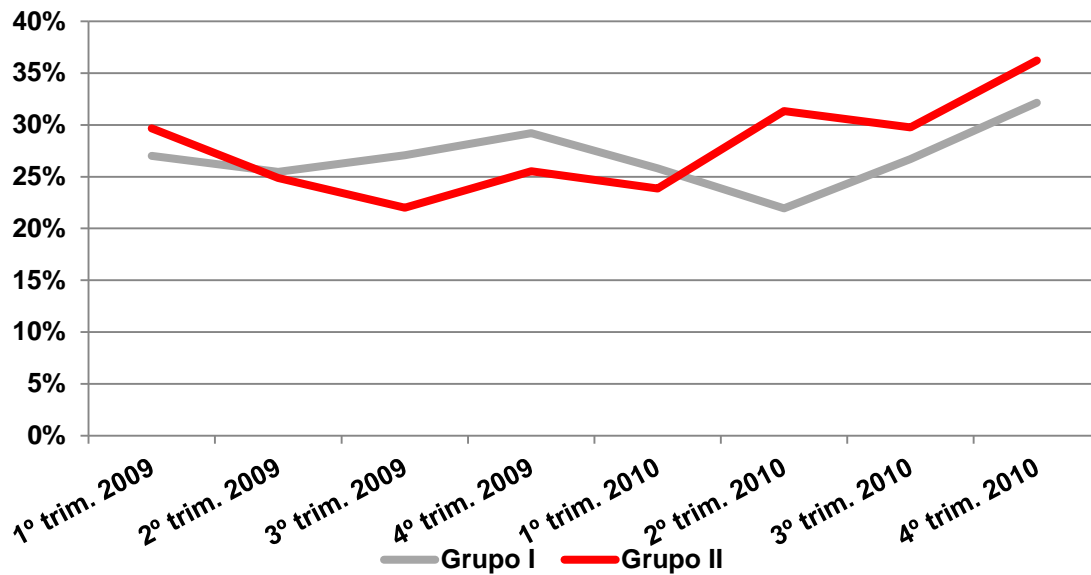
Com o intuito de aferir se o tempo de duração decorrido desde a integração, tem algum impacto na realização pelos CH de primeiras consultas hospitalares realizadas fora dos TMRG, foram criados dois grupos de CH:

- o grupo de CH I<sup>55</sup>, contempla os CH que foram criados entre 1999 até 2005; e
- o grupo de CH II<sup>56</sup>, inclui os hospitais criados desde 2006 até 2011.

<sup>55</sup> No Grupo I de CH estão incluídos: CH da Cova da Beira, E.P.E., CH da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E., CH do Médio Tejo, E.P.E., CH de Torres Vedras, CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH do Nordeste, E.P.E., CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E. e CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E..

<sup>56</sup> No Grupo II de CH estão incluídos: CH do Médio Ave, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH do Porto, E.P.E., CH de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., CH do Oeste Norte, CH do Barreiro Montijo, E.P.E. e CH de Coimbra, E.P.E..

**Gráfico 11 – Percentagem de primeiras consultas realizadas fora do TMRG face ao número total de consultas efectuadas para dois grupos de CH**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

De acordo com o Gráfico 11, verifica-se que o grupo de CH I apresentou relativamente ao grupo de CH II, e no período compreendido entre o terceiro trimestre de 2009 e o primeiro trimestre de 2010, uma percentagem superior de primeiras consultas realizadas fora dos TMRG face ao número total de consultas efectuadas, sendo que a partir desse momento, o grupo de CH I passou a apresentar uma percentagem inferior. Acresce que ambos os grupos revelaram, a partir do terceiro trimestre de 2010 uma tendência de crescimento das primeiras consultas realizadas fora do TMRG em relação ao total de primeiras consultas.

Na Tabela 5 *infra* são apresentadas as estatísticas descritivas relativas aos grupos de CH, de ULS e de Controlo, para as variáveis:

- número de primeiras consultas realizadas (*consultas*) por especialidade e por hospital. Na variável *consultas*, estão incluídas todas as primeiras consultas

realizadas por prioridade, por especialidade e por hospital, dentro e fora dos TMRG;

- número de primeiras consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) por especialidade e por hospital;
- número de primeiras consultas agendadas fora dos TMRG (*agenda out*) por especialidade e por hospital;
- número de especialidades por hospital (*especialidades*);
- tempo médio desde o pedido de primeira consulta até à data de agendamento (*tempo médio*); e
- tempo máximo desde o pedido de primeira consulta até à data de agendamento (*tempo máximo*).

**Tabela 5 – Estatísticas descritivas por grupo de hospitais**

	CH		ULS		Grupo de Controlo	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
<b>Consultas</b>	111,053	218,047	85,724	163,0724	99,818	176,202
<b>Consultas out</b>	30,378	103,347	31,801	103,0011	33,377	114,659
<b>Agenda out</b>	40,418	155,805	41,830	141,1569	28,405	89,336
<b>Especialidades</b>	20,424	6,931	21,196	5,0624	22,636	8,6198
<b>Tempo médio</b>	30,175	37,327	32,730	32,808	34,246	52,835
<b>Tempo máximo</b>	103,378	125,274	105,345	119,415	122,656	151,741
<b>N.º de observações</b>	5.002		1.385		3.267	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Como se retira da Tabela 5, obtiveram-se para efeito de análise 5.002 observações<sup>57</sup> relativas ao grupo de CH, 1.385 relativas ao grupo de ULS e 3.267 relativas ao grupo de Controlo, pelo que os resultados se referem a um total de 9.653 observações.

Verificou-se, portanto e tendo por base o universo das observações, que num horizonte temporal de oito trimestres, e relativamente a cada estabelecimento integrado em CH, se realizaram em média, e por cada um desses trimestres, 111 *consultas* por especialidade<sup>58</sup>. No grupo de ULS, cada estabelecimento nela integrado realizou, por e por trimestre e em média 86 *consultas* por especialidade e os hospitais do grupo de Controlo efectuaram, por trimestre e em média, 100 *consultas* por especialidade.

Para as consultas fora dos TMRG, aqui denominadas por *consultas out*, cada estabelecimento integrado em CH realizou, por especialidade e por trimestre, em média, 30 *consultas out*. No grupo de ULS, cada estabelecimento nela integrado efectuou, por especialidade e por trimestre, em média, 32 *consultas out* e os hospitais do grupo de Controlo realizaram, por especialidade e por trimestre, em média, 33 *consultas out*.

Relativamente às consultas agendadas fora dos TMRG (*agenda out*), verifica-se que cada estabelecimento integrado em CH apresentou, por especialidade e por trimestre e em média, 40 consultas em *agenda out*. No grupo de ULS, cada estabelecimento nela integrada, apresentou, em média, 42 consultas em *agenda out* e os hospitais do grupo de Controlo apresentaram 28 *consultas* em *agenda out*.

Em relação ao número de especialidades (*especialidades*), observa-se que cada estabelecimento integrado em CH possuía, em média, 20 *especialidades*, os estabelecimentos integrados no grupo de ULS tinham, em média, 21 *especialidades* e os hospitais do grupo de Controlo tinham, em média, 23 *especialidades*.

Os estabelecimentos integrados no grupo de CH apresentaram, por especialidade e por trimestre, em média, 30 dias de *tempo médio* decorrido desde o pedido de primeira

---

<sup>57</sup> Por observações entende-se o total de registos verificados.

<sup>58</sup> Reitere-se que os resultados têm por base o universo de observações que estavam disponíveis para análise. Assim, e por exemplo, se um hospital inserido num CH (constituído por dois estabelecimentos) realizar anualmente 20.323 consultas, tanto significa que em média e por trimestre, realiza cerca de 5.081 consultas. Se esse mesmo hospital tiver 20 especialidades, realizará, em média e por trimestre, cerca de 127 consultas por especialidade (realizando, portanto, o CH um total de cerca de 254 consultas por especialidade e por trimestre).

consulta até ao seu agendamento. Relativamente aos estabelecimentos integrados no grupo de ULS apresentaram, por especialidade e por trimestre, em média, 33 dias de *tempo médio*. Os hospitais do grupo de Controlo apresentaram, por especialidade e por trimestre, em média, 34 dias de *tempo médio*.

Relativamente ao tempo máximo desde o pedido de primeira consulta até ao seu agendamento (*tempo máximo*), os estabelecimentos integrados no grupo de CH apresentaram, por especialidade e por trimestre, em média, 103 dias de *tempo máximo*. No grupo de ULS, cada estabelecimento nela integrado apresentou, por especialidade e por trimestre, em média, 105 dias de *tempo máximo*. Os hospitais do grupo de Controlo apresentaram, por especialidade e por trimestre, em média, 123 dias de *tempo máximo*.

Em jeito de conclusão, refira-se que os hospitais integrados no grupo de CH em análise apresentaram uma tendência de crescimento na realização de primeiras consultas hospitalares fora dos TMRG face ao número total de consultas realizadas, ainda que aquele grupo tenha apresentado as percentagens mais baixas em relação aos hospitais integrados no grupo de ULS e aos hospitais do grupo de Controlo. Ademais, o referido grupo de CH, no último trimestre de 2010, registou 114.382 pedidos de primeiras consultas solicitadas pelos Centros de Saúde há mais de três dias úteis e não agendados.

Ora, devido às dificuldades evidenciadas na marcação e na realização das primeiras consultas hospitalares dentro dos TMRG, pelo grupo de CH, é possível concluir pela existência de alguma dificuldade de acesso dos utentes às primeiras consultas de especialidade, em tempo útil.

### **6.4.3 Primeiras consultas de especialidade – análise econométrica**

A análise econométrica que ora aqui se apresenta, visou, em primeira linha, verificar se a realização de primeiras consultas de especialidade hospitalar fora dos TMRG poderia ser explicada pelo tipo de integração assumida pelo CH, ou seja, se o aumento ou diminuição do número de primeiras consultas realizadas fora dos TMRG depende directamente da realidade jurídica e factual dos hospitais e, concretamente, de saber se os mesmos se



encontram ou não integrados em CH. Para tanto, foi feita uma análise comparativa do grupo de CH com o grupo de Controlo, determinando o grau de influência de diferentes variáveis, designadamente, a integração de determinado hospital num CH, as primeiras consultas agendadas fora dos TMRG e o número de especialidades (i.e. das variáveis explicativas), nas primeiras consultas realizadas fora dos TMRG por hospital (i.e. na variável explicada).

O comportamento dos grupos de hospitais pode ser equacionado em termos do modelo *count data* (Greene, 2003) e, dentro deste, será utilizado o Modelo de Poisson que se revela o mais indicado face à tipologia da variável dependente (i.e. trata-se de uma variável discreta) e aos próprios objectivos deste estudo.

A regressão de Poisson é, então, a mais indicada para a determinação das primeiras consultas realizadas fora dos TMRG, face à presença de dados de contagem (Greene, 2003). O modelo de Poisson estudado é apresentado na seguinte equação:

$$\text{Consultas out}_{iht} = f(\beta_0 + \beta_1 CH_{iht} + \beta_2 \text{Agenda out}_{iht} + \beta_3 \text{Especialidades}_{iht} + \varepsilon_{iht}) \quad (1)$$

Na presente equação a variável:

- (i) *consultas out* representa o total de primeiras consultas realizadas, por especialidade  $i$ , no hospital  $h$ , e no trimestre  $t$ , fora dos TMRG;
- (ii) *CH* assume uma variável *dummy* (ou dicotómica), que assume o valor de 1 se o hospital pertence a um CH, e zero, caso contrário;
- (iii) *agenda out* representa as primeiras consultas agendadas fora dos TMRG por especialidade;
- (iv) *especialidades* representa o número de especialidades que cada hospital oferece; e
- (v)  $\varepsilon$  é o termo de perturbação.

Assim, se as primeiras consultas realizadas fora do TMRG aumentam ou diminuem em relação ao modelo de integração CH, o efeito é observado através do coeficiente ( $\beta_1$ ) que a variável *dummy CH* assume. Se esta variável apresentar um coeficiente positivo

(negativo) significa que as primeiras consultas realizadas fora do TMRG aumentam (diminuem) se o hospital pertencer ao grupo de CH, quando comparado com as primeiras consultas realizadas fora dos TMRG pelo grupo de Controlo.

Ao modelo regressivo de Poisson vindo de analisar e apresentado pela equação (1), foi acrescentado a variável dummy *ULS* que assume o valor de 1 se o hospital pertencer a uma ULS, e zero, caso contrário. Deste modo, o modelo fica representado pela seguinte equação:

$$\text{Consultas out}_{iht} = f(\beta_0 + \beta_1 \text{CH}_{iht} + \beta_2 \text{Agenda out}_{iht} + \beta_3 \text{Especialidades}_{iht} + \beta_4 \text{ULS}_{iht} + \varepsilon_{iht}) \quad (1.1)$$

A inserção da variável *ULS<sub>iht</sub>* vai permitir verificar se as primeiras consultas realizadas fora do TMRG aumentam ou diminuem consoante o hospital esteja ou não integrado numa ULS, através do efeito observado no coeficiente ( $\beta_4$ ) que a variável *ULS* assume. Para além disso, vai também permitir comparar o desempenho dos prestadores em relação às primeiras consultas de especialidades, consoante o tipo de integração onde se inserem, se horizontal (CH) se vertical (ULS).

O segundo objectivo assumido na análise econométrica, prende-se com a verificação de qual o tempo médio desde o pedido da primeira consulta até ao seu agendamento (*tempo médio*) e se é este significativamente distinto entre o grupo de CH e o grupo de Controlo. Foram incluídas também as mesmas variáveis explicativas já enunciadas na análise descrita na equação anterior. Refira-se, no entanto, que o método agora adoptado é o modelo regressivo Linear Simples (OLS) e difere do anterior uma vez que a variável explicada é contínua, devendo ser representado pela equação seguinte:

$$\text{Tempo médio} = f(\beta_0 + \beta_1 \text{CH}_{iht} + \beta_2 \text{Agenda out}_{iht} + \beta_3 \text{Especialidades}_{iht} + \varepsilon_{iht}) \quad (2)$$

De uma forma análoga ao que foi realizado na análise anterior, e com os mesmos objectivos já descritos, foi também inserida a variável explicativa *ULS* e, deste modo, o modelo fica representado pela seguinte equação:

$$\text{Tempo médio} = f(\beta_0 + \beta_1 \text{CH}_{iht} + \beta_2 \text{Agenda out}_{iht} + \beta_3 \text{Especialidades}_{iht} + \beta_4 \text{ULS}_{iht} + \varepsilon_{iht}) \quad (2.1)$$

Com vista à análise do *tempo máximo* entre o pedido da primeira consulta até ao seu agendamento, e sendo uma variável de contagem, foi também estudado o modelo regressivo de Poisson apresentado na equação seguinte:

$$\text{Tempo máximo} = f(\beta_0 + \beta_1 CH_{iht} + \beta_2 \text{Agenda out}_{iht} + \beta_3 \text{Especialidades}_{iht} + \varepsilon_{iht}) \quad (3)$$

Acrescentando os dados relativos ao grupo de ULS, o modelo de Poisson, fica representado da seguinte forma:

$$\text{Tempo máximo} = f(\beta_0 + \beta_1 CH_{iht} + \beta_2 \text{Agenda out}_{iht} + \beta_3 \text{Especialidades}_{iht} + \beta_4 \text{ULS}_{iht} + \varepsilon_{iht}) \quad (3.1)$$

Posto isto, na Tabela 6 são apresentados os resultados de três estimações realizadas pelo modelo de Poisson para a variável explicada *consultas out*. Assim, na estimacção apresentada na coluna (1), temos as *consultas out* a serem explicadas pela variável CH. Na coluna (2), para além da variável explicativa CH, foi acrescentada a variável explicativa *agenda out*, e na coluna (3), para além das variáveis explicativas inseridas na estimacção anterior, foi acrescentada a variável explicativa *especialidades*. Ora, esta última estimacção, é a que é referente à estimacção da equação (1).

**Tabela 6 – Resultados do Modelo de Poisson**

**Variável dependente: consultas fora dos TMRG (*consultas out*)**

	(1)	(2)	(3)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
<b>Constante</b>	3,508*** [-]	3,419*** [-]	2,611*** [-]
<b>CH</b>	-0,094*** [-2,100]***	-0,270*** [-7,67]***	-0,185*** [-5,082]***
<b>Agenda out</b>	-	-0,002*** [-0,056]***	0,002*** [0,050]***
<b>Especialidades</b>	-	-	0,034*** [0,918]***
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	0.0006	0.1837	0.2005
<b>Número de observações</b>	8.269	8.269	8.269

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99%. Os resultados apresentados nos parêntesis [ ], são referentes aos efeitos marginais.

Em todas as estimações apresentadas na Tabela 6, as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, pelo que à medida que a cada equação são acrescentadas variáveis explicativas, o coeficiente de determinação aumenta. Concretamente, o Pseudo R<sup>2</sup> conhece um maior coeficiente, facto que poderá indicar que, globalmente, o modelo tende a ser melhor explicado.

Assim sendo, considerada a análise do modelo na coluna (3), observa-se que as primeiras consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) diminuem em 5,1 pontos percentuais para o grupo de CH em relação ao grupo de Controlo. Se o número de primeiras consultas agendadas fora dos TMRG (*agendas out*) aumentar, as *consultas out* também aumentam em 0,05 pontos percentuais. Constata-se, também, que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, as *consultas out* também aumentam em 0,92 pontos percentuais.

Inserindo, agora, o grupo de ULS, e estimando a equação (1.1), conclui-se pelos resultados obtidos na Tabela 7 que o impacto, em relação ao sinal, das variáveis explicativas na variável explicada é igual em todas as estimações, e o Pseudo R<sup>2</sup> tem o seu valor mais elevado na estimacão apresentada na última coluna. Assim sendo, só se irá interpretar os resultados apresentados na coluna (4).

**Tabela 7 – Resultados do Modelo de Poisson**

**Variável dependente: consultas fora dos TMRG (*consultas out*)**

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
<b>Constante</b>	3,494*** [ - ]	3,508*** [ - ]	3,413*** [ - ]	2,608*** [ - ]
<b>CH</b>	-0,080*** [-2,530]***	-0,094*** [-2,973]***	-0,295*** [-8,206]***	-0,211*** [-5,679]***
<b>ULS</b>	-	-0.048*** [-1,501]***	-0,131*** [-3,456]***	-0,052*** [-1,377]***
<b>Agenda out</b>	-	-	0,002*** [0,058]***	0,002*** [0,052]***
<b>Especialidades</b>	-	-	-	0,034*** [0,909]***
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	0.0004	0.0004	0.1998	0.2149
<b>Número de observações</b>	9.654	9.654	9.654	9.654

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99%. Os resultados apresentados nos parêntesis [ ], são referentes aos efeitos marginais.

Da estimação da referida equação, importa observar que as primeiras consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) diminuem em 5,7 pontos percentuais para o grupo de CH, quando comparado com o grupo de Controlo. Observa-se, também, que para o grupo de ULS, as *consultas out* diminuem em 1,4 pontos percentuais, quando comparado com o grupo de Controlo. Se as primeiras consultas agendadas fora dos TMRG aumentarem (*agenda out*) as *consultas out* também aumentam em 0,05 pontos percentuais. E, por último, constata-se que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, as *consultas out* também aumentam em 0,91 pontos percentuais.

Das duas análises apresentadas, retira-se que para o grupo de CH (e quando comparado com o grupo de Controlo) e para o grupo de ULS (e quando comparado com o grupo de Controlo) diminuem as primeiras consultas realizadas fora dos TMRG. No entanto, tanto o aumento das primeiras consultas agendadas fora do TMRG, como o aumento do número de especialidades, fazem com que o número de *consultas out* aumente.

Para se poder aferir se o período de duração da integração é susceptível de ter impacto nas primeiras consultas realizadas fora dos TMRG, foram inseridos os grupos de CH I e de CH II tal como descritos na secção anterior. O modelo regressivo usado é o de Poisson, idêntico ao descrito na equação (1), e é o apresentado na seguinte equação:

$$Cons\ out_{iht} = f(\beta_0 + \beta_1 CH_{1iht} + \beta_2 CH_{2iht} + \beta_3 Agenda\ out_{iht} + \beta_4 Especialidades_{iht} + \varepsilon_{iht}),$$

(4)

onde  $CH_{1iht}$ , é uma variável *dummy*, que assume o valor de 1 se o hospital pertencer ao grupo de CH I, e zero caso contrário; e para a variável  $CH_{2iht}$ , é uma variável *dummy*, que assume o valor de 1 se o hospital pertence ao grupo de CH II, e zero caso contrário; as restantes variáveis coincidem com as usadas na equação (1).

**Tabela 8 – Resultados do Modelo de Poisson**

**Variável dependente: consultas fora dos TMRG (*consultas out*)**

	(1)	(2)	(3)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
<b>Constante</b>	3,552***	3,455***	2,672***
<i>CH</i> <sub>1</sub>	-0,604*** [-16,363]***	-0,556*** [-13,705]***	-0,478*** [-11,546]***
<i>CH</i> <sub>2</sub>	0,115*** [3,566]***	-0,188*** [-4,952]***	-0,106*** [-2,736]***
<b>Agenda out</b>	-	-0,002*** [-0,056]***	0,002*** [0,048]***
<b>Especialidades</b>	-	-	0,033*** [0,880]***
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	0.0203	0.1908	0.2069
<b>Número de observações</b>	8.269	8.269	8.269

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99%. Os resultados apresentados nos parêntesis [ ], são referentes aos efeitos marginais.

Em todas as estimações apresentadas na Tabela 8, as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, e à medida que se vai acrescentando variáveis, o coeficiente de determinação (Pseudo R<sup>2</sup>) aumenta. Relativamente aos resultados e na coluna (1), torna-se importante evidenciar que se está a comparar os dois grupos de CH relativamente ao grupo de Controlo. Nesta situação em concreto, verifica-se que as *consultas out* diminuem em 16,4 pontos percentuais para o grupo de CH I (em relação ao grupo de Controlo) e aumentam em 3,6 pontos percentuais para o grupo de CH II (em relação ao grupo de Controlo). Após a inserção, das variáveis *agenda out* e *especialidades*, os resultados alteram-se para o segundo grupo de CH (CH II). Ora, uma vez que o impacto, em relação ao sinal, das variáveis explicativas na variável explicada é igual nas estimações apresentadas nas colunas (2) e (3), interpretam-se apenas os resultados apresentados na coluna (3).

Observa-se, então, que as *consultas out* diminuem em 11,5 pontos percentuais para o grupo de CH I e diminuem em 2,7 pontos percentuais para o grupo de CH II, quando comparados com o grupo de Controlo. Se as consultas agendadas fora dos TMRG (*agenda out*) aumentarem, as *consultas out* também aumentam em 0,05 pontos

percentuais. E, se as *especialidades* aumentarem, as *consultas out* também aumentam em 0,88 pontos percentuais.

Na Tabela 9 *infra*, foram inseridos os dados relativos ao grupo de ULS, e são apresentados os resultados de quatro estimações realizadas pelo modelo de Poisson para a variável explicada *consultas out*. Na estimação apresentada na coluna (1), temos a variável *consultas out* a ser explicada pelas variáveis  $CH_1$  e  $CH_2$ . Na coluna (2), para além destas variáveis explicativas, foi também acrescentada a variável ULS. Na coluna (3), acrescentou-se nova variável explicativa *agenda out*, e na coluna (4), para além das variáveis explicativas inseridas na análise na estimação anterior, foi acrescentada a variável *especialidades*. Em todas as estimações apresentadas na Tabela 9, as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, e há medida que se vai acrescentado variáveis o coeficiente de determinação aumenta, isto é, o Pseudo  $R^2$ .

**Tabela 9 – Resultados do Modelo de Poisson**

**Variável dependente: consultas fora dos TMRG (*consultas out*)**

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
<b>Constante</b>	3,526*** [-]	3,552*** [-]	3,448*** [-]	2,667*** [-]
$CH_1$	-0,579*** [-15,477]***	-0,604*** [-16,063]***	-0,552*** [-13,232]***	-0,474*** [-11,210]***
$CH_2$	0,140*** [14,443]***	0,115*** [3,609]***	-0,233*** [-6,003]***	-0,154*** [-3,921]***
<b>ULS</b>	-	-0,092*** [-2,719]***	-0,158*** [-4,071]***	-0,086*** [-2,193]***
<b>Agenda out</b>	-	-	0,002*** [0,056]***	0,002*** [0,050]***
<b>Especialidades</b>	-	-	-	0,033*** [0,876]***
<b>Pseudo <math>R^2</math></b>	0,0172	0,0174	0,2051	0,2196
<b>Número de observações</b>	9.654	9.654	9.654	9.654

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99%. Os resultados apresentados nos parêntesis [ ], são referentes aos efeitos marginais.

Relativamente aos resultados apresentados na Tabela 9, torna-se importante referir que quando se está a comparar os dois grupos de CH relativamente aos restantes grupos (incluindo, o grupo de ULS e o grupo de Controlo) verifica-se que as *consultas out* diminuem em 15,5 pontos percentuais para o grupo de CH I e aumentam em 14,4 pontos percentuais para o grupo de CH II. Esta tendência mantém-se quando é inserida a variável explicativa *ULS*, e os resultados são apresentados na coluna (2). Aqui, as consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) diminuem em 16,1 pontos percentuais para grupo de CH I e quando comparado com o grupo de Controlo, e aumentam em 3,6 pontos percentuais para o grupo de CH II e quando comparado com o grupo de Controlo. Observa-se, também, que para o grupo de ULS, as *consultas out* diminuem em 2,7 pontos percentuais quando comparado com o grupo de Controlo.

Após a inserção das variáveis *agenda out* e *especialidades*, os resultados alteram-se para o grupo de CH II. Ora, uma vez que o impacto, em relação ao sinal, das variáveis explicativas na variável explicada é igual nas estimações apresentadas nas colunas (3) e (4), interpretam-se apenas os resultados apresentados na coluna (4).

Na referida coluna, observa-se que as primeiras consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) diminuem em 11,2 pontos percentuais para o grupo de CH I e diminuem em 3,9 pontos percentuais para o grupo de CH II quando comparados com o grupo de Controlo. Observa-se, também, um efeito semelhante para o grupo de ULS, isto é, as *consultas out* diminuem em 2,2 pontos percentuais para o grupo de ULS em relação ao grupo de Controlo. Se o número de primeiras consultas agendadas fora dos TMRG aumentar, as *consultas out* também aumentam em 0,05 pontos percentuais. E, por último, constata-se que se as *especialidades* aumentarem, as *consultas out* também aumentam em 0,88 pontos percentuais.

Na Tabela 10, são apresentados os resultados de quatro estimações realizadas pelo modelo de regressão Linear Simples (OLS) para a variável explicada *tempo médio*. Na coluna (3), são apresentados os resultados da equação (2).



**Tabela 10 – Resultados do Modelo de regressão Linear Simples (OLS)**

**Variável dependente: *tempo médio* até à data de agendamento (em dias)**

	(1)	(2)	(3)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
<b>Constante</b>	34,246*** (0,771)	31,104*** (0,733)	27,206*** (1,537)
<b>CH</b>	-4,072*** (0,992)	-5,401*** (0,936)	-5,003*** (0,946)
<b>Agenda out</b>	-	0,111*** (0,003)	0,109*** (0,003)
<b>Especialidades</b>	-	-	0,174** (0,060)
<b>R<sup>2</sup></b>	0.0020	0.1140	0.1149
<b>Número de observações</b>	8.269	8.269	8.269

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99% e \*\* nível de significância de 95%. Os resultados apresentados nos parêntesis ( ), são referentes ao desvio padrão.

Em todas as estimações apresentadas na Tabela 10, as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, com a exceção da variável explicativa *especialidades* que tem um nível de significância de 95%, e à medida que se vão acrescentando variáveis o coeficiente de determinação aumenta, isto é, o R<sup>2</sup>, o que poderá indicar que o modelo que explica melhor o efeito na variável *tempo médio* é o apresentado na coluna (3).

Dos resultados apresentados na coluna (3), verifica-se que o *tempo médio* diminui em 5 dias para o grupo de CH quando comparado com o grupo de Controlo. Se o número de primeiras consultas agendadas fora dos TMRG (*agenda out*) aumentar, o *tempo médio* aumenta em 0,11 dias, e se a variável *especialidades* aumentar, o *tempo médio* aumenta em 0,17 dias.

**Tabela 11 – Resultados do Modelo de regressão Linear Simples (OLS)**

**Variável dependente: *tempo médio* até à data de agendamento (em dias)**

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
<b>Constante</b>	33,795*** (0.626)	34,246*** (0.747)	31,172*** (0.707)	26,379*** (1,443)
<b>CH</b>	-3,620*** (0,869)	-4,073*** (0,960)	-5,374*** (0,903)	-4,886*** (0,911)
<b>ULS</b>	-	-1,516*** (1,368)	-2,970** (1,287)	-2,644** (1,289)
<b>Agenda out</b>	-	-	0,108*** (0.003)	0,107*** (0,003)
<b>Especialidades</b>	-	-	-	0,213*** (0,056)
<b>R<sup>2</sup></b>	0.0018	0.0019	0.1184	0.1197
<b>Número de observações</b>	9.654	9.654	9.654	9.654

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99% e \*\* nível de significância de 95%. Os resultados apresentados nos parêntesis ( ), são referentes ao desvio padrão.

Na Tabela 11, foram também considerados os dados relativos ao grupo de ULS. Em todas as estimações apresentadas, as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, com excepção da variável *ULS* que nas colunas (3) e (4) tem um nível de significância de 95%, e à medida que se vão acrescentando variáveis, o coeficiente de determinação (i.e. o Pseudo R<sup>2</sup>) aumenta.

Focalizando a análise na coluna (4), verifica-se que o *tempo médio* entre o pedido da primeira consulta até à data do seu agendamento diminui em 5 dias para o grupo de CH quando comparado com o grupo de Controlo e diminui em 3 dias para o grupo de ULS quando comparado com o grupo de Controlo. Se as consultas agendadas fora do TMRG aumentarem (*agenda out*) o *tempo médio* aumenta em 0,11 dias. E, se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, o *tempo médio* aumenta em 0,21 dias.

**Tabela 12 – Resultados do Modelo de Poisson**

**Variável dependente: *tempo máximo* até à data de agendamento**

	(1)	(2)	(3)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
<b>Constante</b>	4,809***	4,757***	4,469***
<b>CH</b>	- 0,171*** [-19,278]***	- 0,229*** [-25,055]***	- 0,199*** [-21,624]***
<b>Agenda out</b>	-	-0,001*** [-0,150]***	0,001*** [0,143]***
<b>Especialidades</b>	-	-	0,013*** [1,335]***
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	0.0053	0.1094	0.1160
<b>Número de observações</b>	8.269	8.269	8.269

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99%. Os resultados apresentados nos parêntesis [ ], são referentes aos efeitos marginais.

No que diz respeito ao estudo relativo ao *tempo máximo* entre o tempo do pedido de consulta e o seu agendamento, os resultados da estimação da equação (3), são apresentados na Tabela 12. Verifica-se que as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, e à medida que se vão acrescentando variáveis o coeficiente de determinação (Pseudo R<sup>2</sup>) aumenta.

Interpretando os resultados obtidos na coluna (3) da Tabela 12, observa-se que o *tempo máximo* diminui em 21,6 pontos percentuais para o grupo de CH em relação ao grupo de Controlo. Se as consultas agendadas fora dos TMRG (*agenda out*) aumentarem, o *tempo máximo* aumenta em 0,14 pontos percentuais. Constata-se, também, que se as *especialidades* aumentarem, o *tempo máximo* também aumenta em 1,3 pontos percentuais.

**Tabela 13 – Resultados do Modelo de Poisson**

**Variável dependente: *tempo máximo* até à data de agendamento**

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
Constante	4,766***	4,809***	4,757***	4.439***
CH	- 0,128*** [-14,124]***	-0,171*** [-18,861]***	-0,231*** [-24,555]***	-0,198*** [-20,941]***
ULS	-	-0,152 *** [-15,844]***	-0.191 *** [-18,878]***	-0.165*** [-16,386]***
Agenda out	-	-	0,001*** [0,150]***	0,001*** [0,143]***
Especialidades	-	-	-	0,014*** [1,454]***
Pseudo R <sup>2</sup>	0,0031	0.0049	0.1093	0.1167
Número de observações	9.654	9.654	9.654	9.654

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS. Legenda: \*\*\* nível de significância de 99%. Os resultados apresentados nos parêntesis [ ], são referentes aos efeitos marginais.

Acrescentando os dados relativos aos hospitais inseridos numa ULS, estima-se a equação (3.1), sendo as variáveis explicativas estatisticamente significativas a 99%, e à medida que se vão acrescentando variáveis o coeficiente de determinação aumenta, isto é, o Pseudo R<sup>2</sup>.

Da estimação da referida equação e de acordo com a Tabela 13, observa-se que o *tempo máximo* do pedido de consulta até ao seu agendamento diminui em 20,9 pontos percentuais para o grupo de CH em relação ao grupo de Controlo e, de forma idêntica, diminui em 16,4 pontos percentuais para o grupo de ULS, quando comparado igualmente com o grupo de Controlo. Se o número de consultas agendadas fora dos TMRG aumentar, o *tempo máximo* aumenta em 0,14 pontos percentuais, e se o número de *especialidades* aumentar, a variável *tempo máximo* aumenta em 1,5 pontos percentuais.

Em jeito de conclusão, refira-se que através da análise econométrica, constatou-se que grupo de CH em análise apresentou uma diminuição de consultas realizadas fora dos TMRG, em relação aos hospitais de grupo de Controlo. Ademais, e quando comparados dois grupos de CH relativamente aos restantes grupos (incluindo, o grupo de ULS e o

grupo de Controlo) verifica-se uma diminuição mais acentuada das consultas fora do tempo no grupo CH I (os CH criados há mais tempo) do que no grupo CH II (os CH criados mais recentemente). Ora, estes resultados podem indicar que o tempo de integração dos CH influencia o desempenho dos mesmos no contexto das consultas fora do tempo.

Verificou-se, também, que o *tempo médio* e o *tempo máximo*, desde o pedido de consulta até à data do seu agendamento, diminuem no grupo de CH quando comparado com o grupo de Controlo.

## 6.5. Cirurgia programada no âmbito do SIGIC

De acordo com o que foi evidenciado anteriormente, a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, para além de ter publicado em anexo a “*Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde*”, veio fixar os TMRG para o acesso àqueles cuidados de saúde em que “[já se encontravam] *reunidas condições a nível do SNS para estabelecer TMRG [designadamente no] 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.

Relativamente às cirurgias programadas, importa aqui considerar que o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de Junho, e teve o seu Regulamento aprovado pela Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro, “[...] *com o objectivo de minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente carece de uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico ocorre dentro de um tempo máximo estabelecido*” – cfr. Preâmbulo da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

De acordo com o Regulamento do SIGIC, conforme o § 1 da Parte I do Anexo da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, o SIGIC “[...] *é um sistema de regulação da actividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de*

*equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários*<sup>59</sup>.

Ainda, revela-se importante aqui anotar que o legislador veio determinar, pela Portaria 1529/2008, de 26 de Dezembro, os TMRG para as cirurgias programadas. E nessa medida, foram ali indicados, por anexo, os seguintes TMRG:

<p>[...]</p> <p><b>2 — Hospitais do SNS:</b></p> <p>[...]</p> <p>2.4 — Cirurgia programada:</p> <p>2.4.1 — Prioridade «de nível 4» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar .....</p> <p>2.4.2 — Prioridade «de nível 3» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar .....</p> <p>2.4.3 — Prioridade «de nível 2» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar .....</p> <p>2.4.4 — Prioridade «de nível 1» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar .....</p>	<p>Setenta e duas horas após a indicação da cirurgia</p> <p>15 dias seguidos após a indicação cirúrgica.</p> <p>60 dias seguidos após a indicação cirúrgica.</p>
---	--

<sup>59</sup> A lista de inscritos para cirurgia (LIC) é o “[...] conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do sector privado ou do sector social que contratou com aquele Serviço a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso” – cfr. § 6 da Parte II do Regulamento do SIGIC.

De acordo com o § 2 da Parte I do referido Regulamento, “[...] são elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados”.

Conforme a alínea a) do § 60 da Parte V do Regulamento, são inscritos os utentes “[...] que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o hospital prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada”, sendo que uma “cirurgia programada”, segundo o § 11 da Parte II, “é aquela que é efectuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia”.

Por sua vez, conforme a alínea b) do § 60 da Parte V do Regulamento, também são inscritos na LIC os utentes “[...] em situação de urgência diferida, dispensando-se as formalidades que não puderem ser efectuadas previamente por motivos clínicos”, sendo que se entende por “urgência diferida”, de acordo com o § 13 da Parte II, “a situação em que um utente que se encontra em crise aguda é proposto para uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada”.

<p>2.5. — Cirurgia programada na doença oncológica .....</p> <p><b>3 — Entidades convencionada:</b></p> <p>3.1 — Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica.....</p>	<p>270 dias seguidos após a indicação cirúrgica.</p> <p>Variável em função do nível de prioridade — v. n.º 3.4 e 3.5 das notas técnicas.</p> <p>O tempo de resposta que conste no contrato de convenção.</p>
--	--

Fonte: Anexo I da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

Ora, com o intuito de avaliar o acesso dos utentes às cirurgias efectuadas no âmbito do SIGIC, realiza-se no presente estudo, uma análise dos utentes sujeitos a uma intervenção cirúrgica com tempo de espera (TE) superior ao TMRG legalmente estipulado, comparando três grupos de hospitais com modelos de organização distintos (o grupo de CH<sup>60</sup>, o grupo de ULS<sup>61</sup> e o grupo de hospitais que não estão incluídos em nenhum tipo de integração<sup>62</sup> - designados por Hospitais).

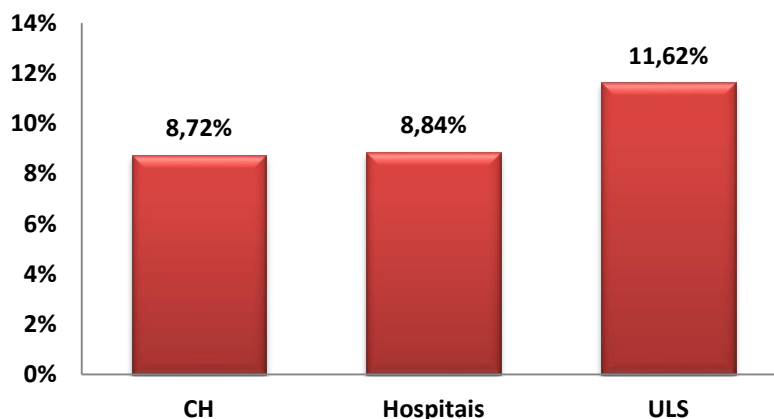
Refira-se que os dados que servem de base à presente análise, foram fornecidos pela ACSS e extraídos pelo Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), relativos aos anos de 2009 e 2010.

<sup>60</sup> Os CH incluídos nesta análise são: CH da Cova da Beira, E.P.E., CH Póvoa do Varzim-Vila do Conde, E.P.E., CH do Médio Tejo, E.P.E., CH de Torres Vedras, CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH do Nordeste, E.P.E., CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E., CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH do Porto, E.P.E., CH do Tâmega e Sousa, E.P.E., CH de Lisboa Norte, E.P.E., CH de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., CH do Oeste Norte, CH do Barreiro Montijo, E.P.E. e CH de Coimbra, E.P.E..

<sup>61</sup> As ULS incluídas nesta análise são: ULS do Alto Minho, E.P.E., ULS do Baixo Alentejo, E.P.E., ULS de Castelo Branco, E.P.E., ULS da Guarda, E.P.E. e ULS de Matosinhos, E.P.E..

<sup>62</sup> Os hospitais incluídos nesta análise são: H. do Arcebispo João Crisóstomo, H. Curry Cabral, E.P.E., H. Dr. Francisco Zagalo, H. do Espírito Santo de Évora, E.P.E..

**Gráfico 12 – Percentagem de cirurgias com o TE superior ao TMRG face ao total de cirurgias - 2009**

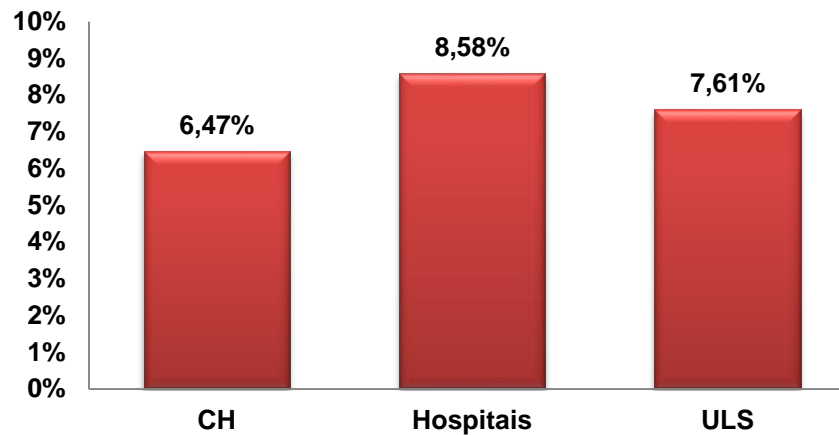


Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Relativamente à percentagem de operados em 2009 com o TE superior aos TMRG, para a respectiva prioridade e patologia, face ao total de utentes que foram sujeitos a intervenções cirúrgicas, verifica-se que o grupo de ULS apresentou uma percentagem superior, de 11,62%. O grupo de CH, e o grupo de Hospitais, apresentaram uma percentagem muito semelhante entre si; com efeito, o grupo de CH apresentou uma percentagem de TE superior aos TMRG de 8,72% e o grupo de Hospitais evidenciou uma percentagem de 8,84% (ver Gráfico 12).



**Gráfico 13 – Percentagem de cirurgias com o TE superior ao TMRG face ao total de cirurgias – 2010**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Em relação à percentagem de utentes sujeitos a uma intervenção cirúrgica, no ano de 2010, com o TE superior aos TMRG, para a respectiva prioridade e patologia, face ao total de utentes operados, observa-se que o grupo que apresentou uma percentagem superior em 2010 foi o dos Hospitais, com uma percentagem de 8,58%. O grupo de CH apresentou a percentagem mais baixa, de 6,74%, e o grupo de ULS evidenciou uma percentagem de 7,61% de TE superior ao TMRG face ao total de utentes sujeitos a intervenções cirúrgicas (ver Gráfico 13 *supra*).

Ora, e no que diz respeito à variação percentual entre 2009 e 2010 relativa às cirurgias realizadas cujo TE foi superior aos TMRG, verificou-se que o grupo de ULS foi o que mais diminuiu esta percentagem (- 4,01%), apresentando, no entanto, um menor número de utentes sujeitos a intervenções cirúrgicas (menos 95 cirurgias realizadas em relação a 2009). O grupo de CH diminuiu o número de cirurgias com TE superior aos TMRG entre 2009 e 2010, com a variação correspondente de -2,25%, no entanto, teve uma diminuição de número de operados de 3.613 (ver Tabela 14).

**Tabela 14 – Variação do tempo de espera superior aos TMRG**

	Total de operados		TE > TMRG		% TE > TMRG		Variação
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	
<b>CH</b>	211.055	207.442	18.410	13.421	8,72%	6,47%	<b>-2,25%</b>
<b>ULS</b>	35.923	35.828	4.174	2.725	11,62%	7,61%	<b>-4,01%</b>
<b>Hospitais</b>	169.691	173.690	14.999	14.895	8,84%	8,58%	<b>-0,26%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Relativamente ao grupo de Hospitais, constatou-se que apresentou uma menor variação de cirurgias com o TE superior aos TMRG entre 2009 e 2019 – com uma percentagem de -0,26%. No entanto, este grupo aumentou o número de cirurgias em 3.999.

Em jeito de conclusão, refira-se que o grupo de CH, tanto para o ano de 2009 como para 2010, apresentou as percentagens mais baixas de TE superior ao TMRG, relativamente ao grupo de ULS e ao grupo de Hospitais que não são objecto de qualquer tipo de integração, para a respectiva prioridade e patologia, face ao total de utentes sujeitos a intervenções cirúrgicas, exibindo igualmente uma variação negativa entre estes dois anos. Perante esta análise, pode-se concluir que poderá estar a ser realizado um esforço para melhorar o acesso em cirurgias programadas por parte do grupo de CH.

## 7. Avaliação de custos

Conforme já anotado, a integração de hospitais em CH resulta, de uma forma sucinta, da agregação de dois ou mais estabelecimentos hospitalares autónomos, que prestam o(s) mesmo(s) serviço(s) ou seus substitutos próximos, sendo que, os CH sucedem, assim, aos estabelecimentos hospitalares que os integram. Tal integração, numa óptica meramente económica, tem como objectivo a criação de sinergias tirando partido de economias de escala e de gama, aproveitando de uma forma mais racional, as capacidades disponíveis de meios.

Assim sendo, torna-se importante aferir sobre a variação dos custos de produção numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH. Pretende-se com esta análise avaliar se os hospitais, após a integração em CH, apresentaram, em diferentes valências ou áreas de produção, economias ou deseconomias de escala.

Assim sendo, foi escolhido um grupo de onze CH, criados antes de 2008<sup>63</sup>, pois são aqueles em que é possível fazer a referida comparação. Note-se que foi escolhido o ano anterior à integração dos hospitais em CH e o ano completo posterior à sua integração. Os dados usados na análise foram recolhidos da Base de Dados dos Elementos Analíticos (BDEA) disponibilizada na página de internet da ACSS, I.P., que é uma base de dados relacional dos custos analíticos dos hospitais disponibilizada entre o período de 2002 a 2008.

As especialidades médicas, as especialidades cirúrgicas, a medicina da criança e do adolescente, as urgências e as consultas externas foram as valências ou áreas tidas em consideração, nesta análise. Dentro destes grupos de valências ou áreas, são analisadas as que estão contempladas na maior parte do grupo de CH em estudo e tidos em

---

<sup>63</sup> Os CH incluídos na análise foram os seguintes: CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH do Nordeste, E.P.E., CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E., CH do Médio Ave, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH do Porto, E.P.E., CH do Tâmega e Sousa, E.P.E. e CH de Lisboa Norte, E.P.E.. Note-se que relativamente ao CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., o antes da integração em CH é tido em conta o CH de Vila Nova de Gaia e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho, em separado. Para o CH de Lisboa Central, E.P.E., o antes da integração em CH foi contemplado o CH de Lisboa, o Hospital Santa Marta e o Hospital Dona Estefânia, em separado.

consideração três tipos de unidades de obra<sup>64</sup>: doentes tratados em internamento, doentes atendidos em urgência e doentes atendidos em consultas externas.

Relativamente às especialidades médicas, às especialidades cirúrgicas e à medicina da criança e do adolescente foram utilizadas as três unidades de obra medidas em número de doentes tratados, respectivos Custos Unitários Directos<sup>65</sup> (CUD) e Custos Unitários Totais<sup>66</sup> (CUT). Nas urgências teve-se em consideração a unidade de obra que é medida em número de doentes atendidos, respectivos CUD e CUT. Nas consultas externas foi utilizada a unidade de obra que é medida em número de consultas efectuadas, respectivos CUD e CUT.

Assim sendo, as especialidades<sup>67</sup> que foram inseridas na análise, para o internamento, foram as seguintes: Medicina Interna, Cardiologia, Gastrenterologia, Neurologia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e Pediatria; e para o número de consultas externas analisou-se a Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Gastrenterologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Medicina do Trabalho, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Pediatria e Urologia.

Refira-se que para a realização desta análise verificaram-se alguns obstáculos, designadamente: i) dois ou mais hospitais já existentes passaram a integrar apenas um único estabelecimento, *in casu* um CH; ii) os CH não foram criados em simultâneo; e iii) os CH não dispõem das mesmas valências ou áreas de produção. Estes obstáculos obrigaram a ponderar qual o critério a usar para a análise, tendo-se optado:

- (i) pela análise da variação da produção e a variação dos respectivos custos de produção (CUD e CUT), antes e após à criação dos CH;

---

<sup>64</sup> Designa-se unidade de obra a unidade de imputação que permite a distribuição dos custos pelos diferentes produtos.

<sup>65</sup> “[...] *Designa-se por custo unitário directo, ao valor que resulta da divisão entre o custo directo de uma secção pela produção da mesma e, custo unitário indirecto ao valor que resulta da divisão entre o custo indirecto de uma secção pela produção da mesma.*” - cfr. Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, Ministério da Saúde, IGIF (actual ACSS), 3.º Edição, Janeiro de 2007.

<sup>66</sup> Os custos totais “[...] *correspondem ao somatório dos custos directos e dos custos indirectos*”, o custo unitário total corresponde ao “*valor que resulta da divisão entre o custo total dessa secção e a produção da mesma.*” - cfr. Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, Ministério da Saúde, IGIF (actual ACSS), 3.º Edição, Janeiro de 2007.

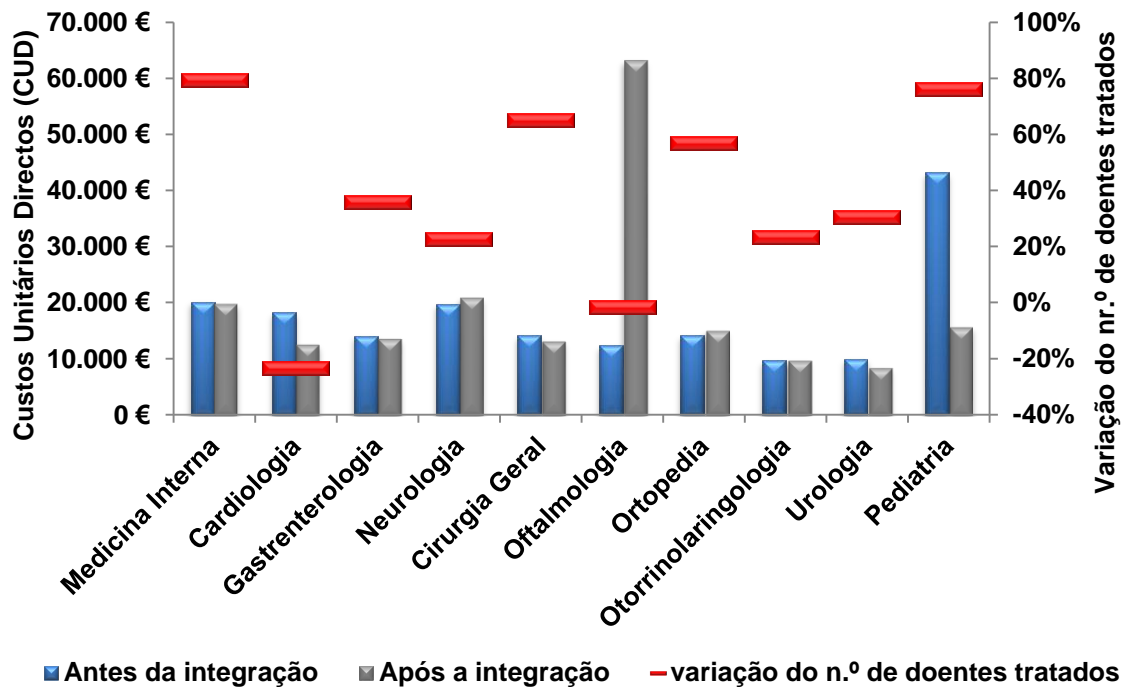
<sup>67</sup> Note-se que mesmo para este conjunto de especialidades escolhidas ainda se verificou que alguns CH não ofereciam estas especialidades antes da sua criação e/ou somente foram criadas após a criação do CH. Nesta situação, os CH não foram inseridos na análise.

- (ii) pela escolha de onze CH, criados antes de 2008, tendo sido os CUD e CUT corrigidos à taxa de inflação de 2008;
- (iii) pela escolha das valências ou áreas de produção descritas *supra*; e
- (iv) pelos hospitais que antes da integração em CH tinham simultaneamente a mesma valência, tendo sido realizada uma média dos custos.

Para a unidade de obra internamento, verificou-se que, após a integração em CH no grupo em estudo, houve uma diminuição do número de doentes tratados, nas especialidades de Cardiologia e Oftalmologia, em 24% e 2%, respectivamente. Relativamente às restantes especialidades, a produção aumentou após a integração em CH.

No que concerne aos CUD, constatou-se, após a integração em CH do grupo em estudo, um aumento de 7% para Neurologia e Ortopedia, um aumento de 2% para Otorrinolaringologia, e um aumento de 411% para Oftalmologia. Para as restantes especialidades, após a integração, os CUD diminuíram 1% para Medicina Interna, 31% para Cardiologia, 2% para Gastrenterologia, 6% para Cirurgia Geral, 15% para Urologia e 64% para Pediatria. Fazendo uma análise, tendo apenas em consideração a variação da produção com a variação dos CUD, após a integração em CH, verifica-se que Oftalmologia poderá ser a única especialidade a apresentar deseconomias de escala (ver Gráfico 14). Para Neurologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia, constatou-se que o aumento dos custos foi, em termos de proporção, inferior à variação do número de doentes tratados, o que poderá revelar a existência de economias de escala. E, por último, para as restantes especialidades a diminuição dos CUD, após a integração em CH, foi acompanhada por um aumento proporcional superior ao número de doentes tratados, o que poderá evidenciar uma situação de economias de escala.

**Gráfico 14 – CUD e variação do número de doentes tratados nos internamentos**



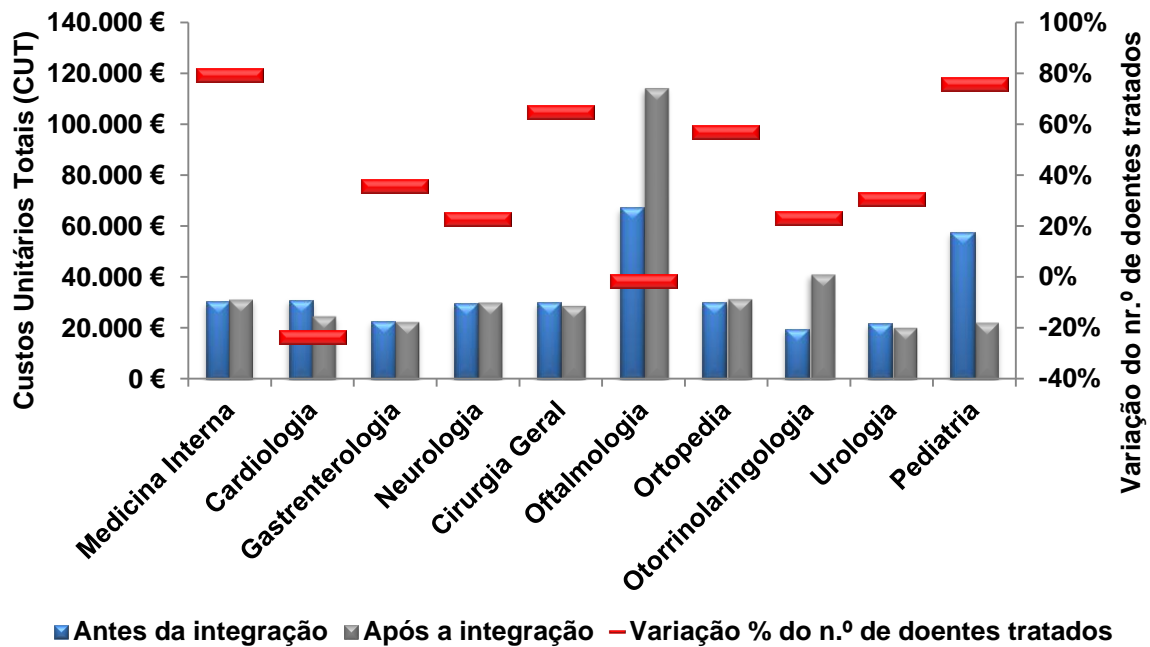
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Já quanto aos CUT, após a integração em CH do grupo em estudo, aumentaram em 3%, 2%, 70%, 5% e 111%, para as valências de Medicina Interna, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia, respectivamente. Para as restantes especialidades, após a integração em CH, os CUT diminuíram 20% para Cardiologia, 0.36% para Gastreterologia, 3% para Cirurgia Geral, 6% para Urologia e 61% para Pediatria. De salientar que as especialidades, após a integração em CH, que apresentaram CUT mais elevados foram Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Seguindo o mesmo método apresentado anteriormente, tendo apenas em consideração a variação da produção com a variação dos CUT, após a integração em CH, constata-se que Cardiologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia poderão exibir deseconomias de escala. No entanto, Cardiologia apresentou uma diminuição dos CUT, mas tal diminuição foi menos proporcional à variação do número de doentes tratados. As especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia evidenciaram um aumento nos respectivos CUT, mas,

para a primeira especialidade, os CUT foram acompanhados por uma diminuição na variação do número de doentes tratados e, para a segunda especialidade, os CUT foram acompanhados por um aumento na variação da produção menos que proporcional (ver Gráfico 15).

**Gráfico 14 - CUT e variação do número de doentes tratados nos internamentos**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Analisando em simultâneo os CUD e os CUT, das valências de Gastreterologia, de Cirurgia Geral, de Urologia e de Pediatria, verifica-se que apresentaram uma diminuição em ambos os custos e um aumento do número de doentes tratados após a integração em CH, o que poderá revelar a existência de economias de escala.

Relativamente à urgência geral, a variação do número de doentes atendidos, após a integração em CH, foi de 66%, tendo sido acompanhada pelo aumento dos CUD e dos CUT de 0.04% e de 0.01%, respectivamente. Tais resultados podem ser reveladores de

possíveis existências de economias de escala, uma vez que o aumento de ambos os custos foi menos proporcional ao aumento do número de doentes atendidos.

**Tabela 15 – CUD e CUT para a valência urgência geral**

Urgências			
Custos	Antes da integração	Depois da integração	Variação % do número de doentes atendidos
CUD	178.012,53 €	178.080,26 €	66%
CUT	178.470,49 €	178.642,18 €	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Para a unidade de obra consultas externas, verificou-se que, após a integração em CH do grupo em estudo, houve um aumento do número de consultas externas efectuadas, em todas as especialidades. Note-se que, para Anestesiologia, Ginecologia, Medicina Física e Reabilitação e Medicina de Trabalho a variação do número de consultas aumentou mais que 100%, após a integração em CH.

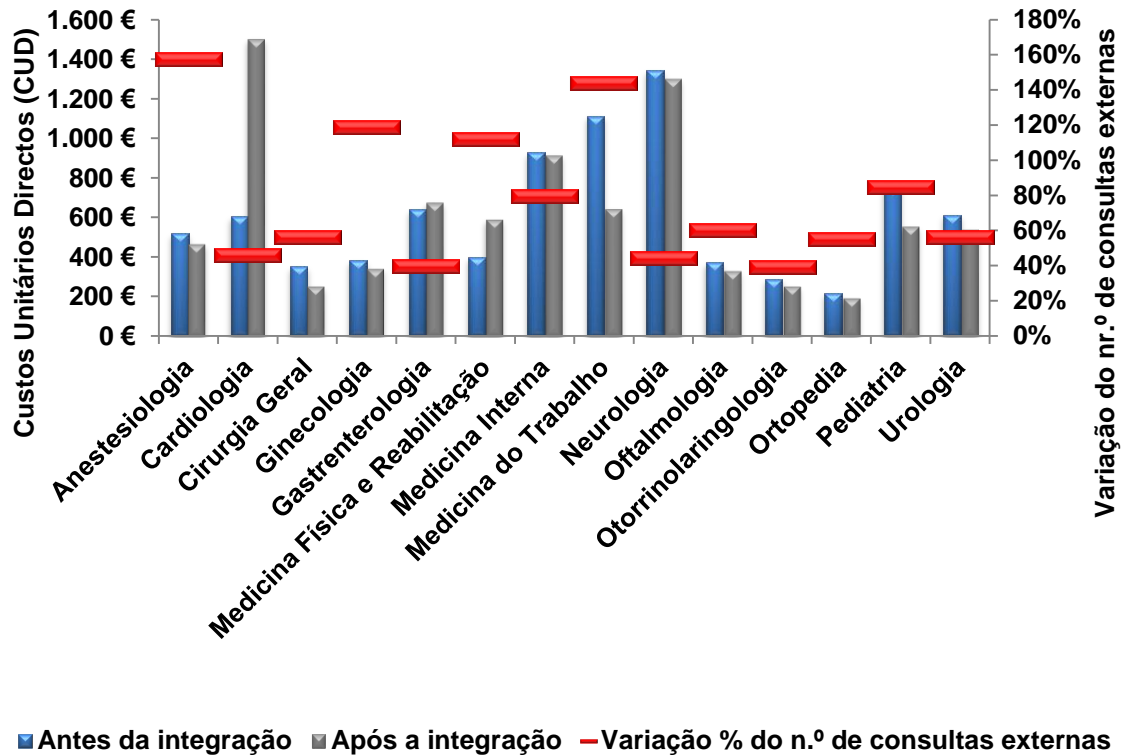
No que concerne aos CUD, constatou-se, após a integração em CH, um aumento de 148% para Cardiologia, um aumento de 6% para Gastrenterologia e um aumento de 48% para Medicina Física e Reabilitação. Para as restantes especialidades, após a integração, os CUD diminuiram 10% para Anestesiologia, Ginecologia e Ortopedia, 28% para Cirurgia Geral, 1% para Medicina Interna, 42% para Medicina do Trabalho, 3% para Neurologia, 11% para Oftalmologia, 12% para Otorrinolaringologia, 26% para Pediatria e 12% para Urologia.

Fazendo uma análise, tendo apenas em consideração a variação da produção com a variação dos CUD, após a integração em CH, verificou-se que Cardiologia poderá ser a única especialidade a apresentar deseconomias de escala (ver Gráfico 16). Para as especialidades de Gastrenterologia e Medicina Física e Reabilitação constatou-se que o aumento dos custos foi menos que proporcional à variação do número de consultas efectuadas, o que poderá revelar a existência de economias de escala. E, por último, para as restantes valências a diminuição do CUD, após a integração em CH, foi acompanhada



por aumento mais proporcional ao número de doentes tratados, o que poderá igualmente evidenciar uma situação de economias de escala.

**Gráfico 16 - CUD e variação do número de consultas externas**



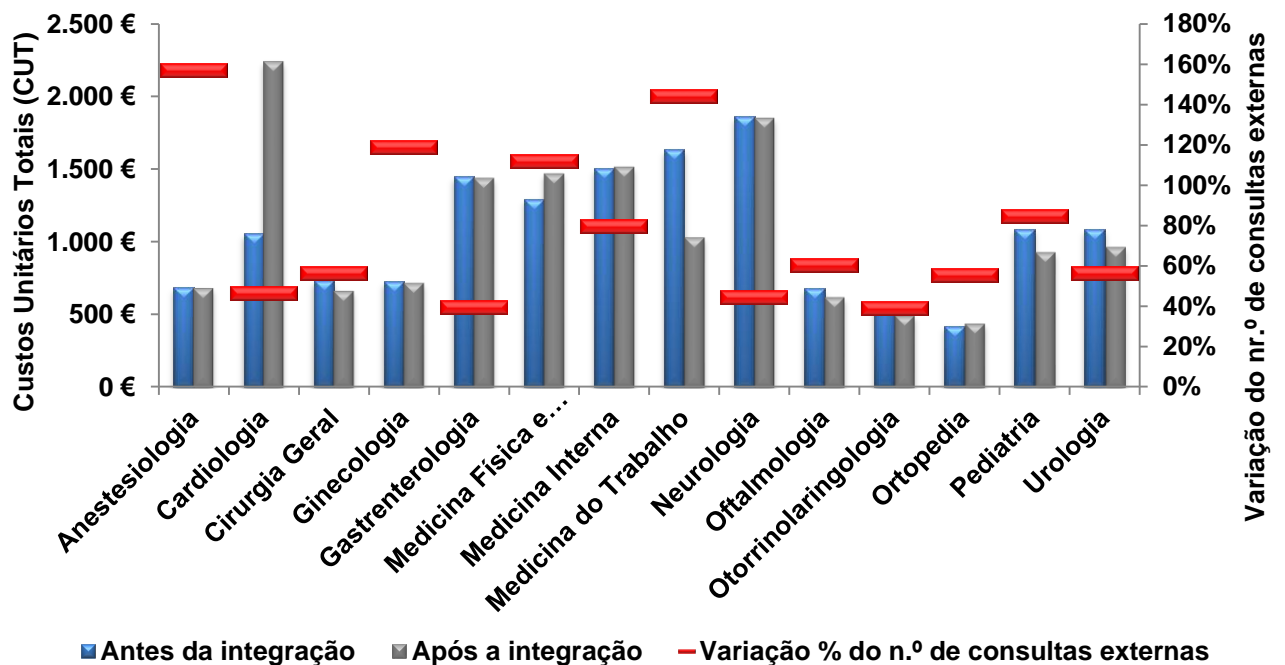
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

No que respeita aos CUT, após a integração em CH, aumentaram em 0.33%, 113%, 14%, 1% e 6%, para as especialidades de Anestesiologia, Cardiologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna e Ortopedia, respectivamente. Para as restantes valências, após a integração em CH, os CUT diminuíram 9% para Cirurgia Geral, 0.08% para Ginecologia, 0.43% para Gastrenterologia, 37% para Medicina do Trabalho, 0.24% para Neurologia, 8% para Oftalmologia, 13% para Otorrinolaringologia, 14% para Pediatria e 10% para Urologia.

Seguindo o mesmo método apresentado anteriormente, tendo apenas em consideração a variação da produção com a variação dos CUT, após a integração em CH do grupo em

estudo, constata-se que Cardiologia poderá apresentar deseconomias de escala, uma vez que se verificou um aumento dos CUT mais que proporcional ao aumento do número de consultas efectuadas. No entanto, as especialidades de Anestesiologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna e Ortopedia apresentaram um aumento de CUT, mas que foi menos que proporcional ao aumento do número de consultas efectuadas após a integração em CH, o que poderá revelar uma situação de economias de escala. As restantes valências poderão evidenciar uma situação de economias de escala uma vez que se verificou uma diminuição dos CUT acompanhada com um aumento do número de consultas efectuadas, após a integração em CH (ver Gráfico 17).

**Gráfico 17 - CUT e variação do número de consultas externas**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Analisando em simultâneo os CUD e os CUT, as especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Medicina do Trabalho, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Urologia apresentaram uma diminuição em ambos os custos e um aumento do número de consultas efectuadas, após a integração em CH, sendo que, neste grupo de

especialidades, a possibilidade de existência de economias de escala poderá ser mais evidente.

Em jeito de conclusão, refira-se que relativamente ao número de doentes tratados no internamento e ao número de consultas externas realizadas, verificou-se que, após a integração em CH do grupo em estudo, houve na sua maioria um aumento percentual da produção realizada, em quase todas as valências. No que respeita aos CUD e aos CUT, o grupo de CH em análise exibiu uma diminuição em ambos os custos, na maioria das valências. Assim e, com algumas exceções, poderão ser verificadas economias de escala no grupo de valências/áreas analisadas.

É de salientar que a valência de Oftalmologia em internamento, apresentou um aumento dos respectivos CUD e CUT, após a integração em CH, e uma diminuição da respectiva produção realizada, de onde podem resultar possíveis deseconomias de escala.

Relativamente à urgência geral, a variação do número de doentes atendidos, após a integração em CH, aumentou 66%, mantendo-se quase inalterado o custo associado.

No âmbito das consultas externas, constatou-se que a consulta de Cardiologia apresentou um aumento dos CUD e dos CUT mais que proporcional ao aumento da produção, após a integração em CH, de onde resultam possíveis deseconomias de escala.

## 8. Análise financeira

Na presente secção realiza-se uma análise financeira dos CH através do método dos rácios, que consiste em estabelecer relações entre contas e agrupamentos de contas do balanço e da demonstração de resultados. Estudam-se, então, diferentes parcelas, relacionando umas com as outras, em função da finalidade da análise. Ora, como a presente secção pretende analisar o desempenho económico-financeiro dos CH e a sua evolução no tempo, foram escolhidos dezasseis CH<sup>68</sup>, criados antes de 2008, e dois anos de análise (2008 e 2009). Este grupo foi escolhido pelo facto de terem apresentado as contas financeiras consolidadas como CH e, durante o período em análise, não terem sido objecto de alteração de forma jurídica. Para tanto, a ERS teve acesso a dados fornecidos pela ACSS e, também, aos Relatórios e Contas enviados pelos CH em resposta ao pedido de elementos realizado pela ERS. Note-se que o ano de 2010 não foi analisado porque, na informação fornecida pela ACSS, com os dados financeiros, foi evidenciado que “[...] *A informação do ano de 2010 ainda não está disponível, uma vez que as entidades do SNS estão a proceder ao encerramento de contas desse ano. Posteriormente, a informação do ano de 2010 será validada e consolidada pela UOGF de acordo com as circulares que constam no site da ACSS. No caso das EPE os [Relatórios e Contas] serão ainda objecto de aprovação por parte da tutela e DGTF.*”

Numa primeira fase desta análise, foram relacionados, graficamente, os proveitos e os custos para os anos de 2008 e 2009<sup>69</sup> e, numa segunda fase, procedeu-se à interpretação de rácios de liquidez, rácios de funcionamento ou actividade, rácios de financiamento e rácios de rendibilidade.

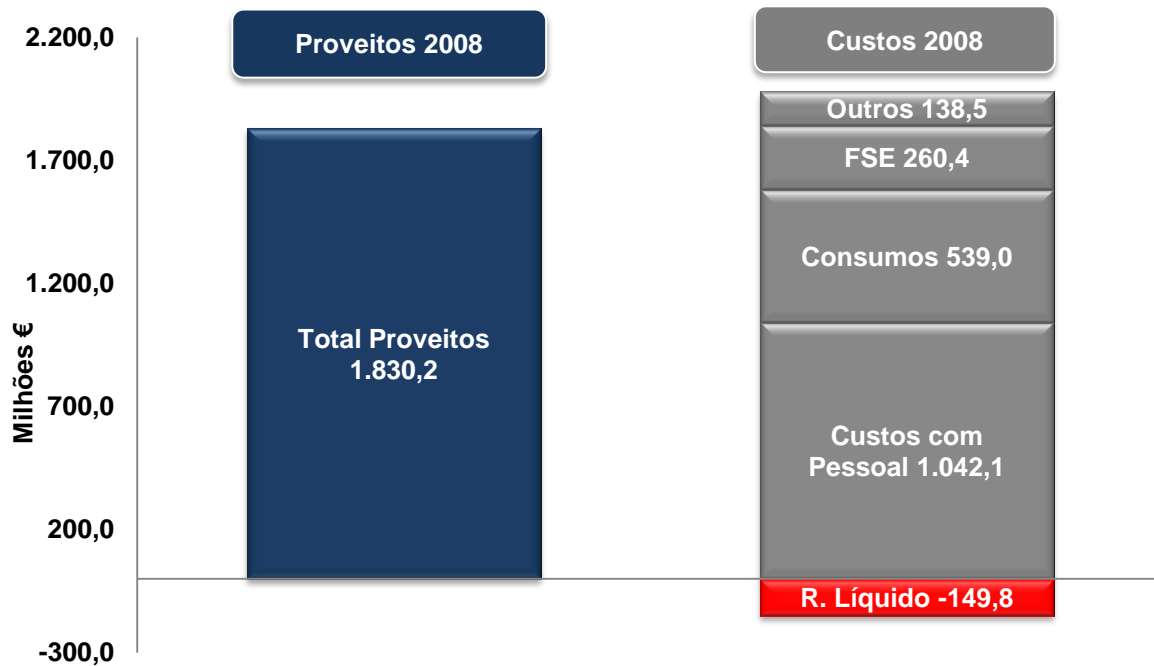
No que concretamente diz respeito à análise de proveitos e de custos para o ano de 2008, os CH analisados apresentaram um total de proveitos de 1.830,2 milhões de €, conforme resulta do Gráfico 18.

---

<sup>68</sup> Os CH incluídos na análise financeira são: CH da Cova da Beira, E.P.E., CH da Póvoa Varzim/Vila do Conde, E.P.E., CH do Médio Tejo, E.P.E., CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH do Nordeste, E.P.E. (actual ULS do Nordeste), CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E., CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., CH do Médio Ave, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH do Porto, E.P.E., CH do Tâmega e Sousa, E.P.E. e CH de Coimbra, E.P.E..

<sup>69</sup> Esta análise segue um pouco a metodologia adoptada pela ACSS no âmbito daquela que foi realizada para avaliar os Hospitais S.A. e mais tarde para os Hospitais E.P.E.. Ora, e uma vez que nunca foi realizada esta análise para os CH, torna-se pertinente a realização da análise económico-financeira como complemento da avaliação do desempenho dos CH.

**Gráfico 18 – Proveitos e Custos dos CH - 2008**



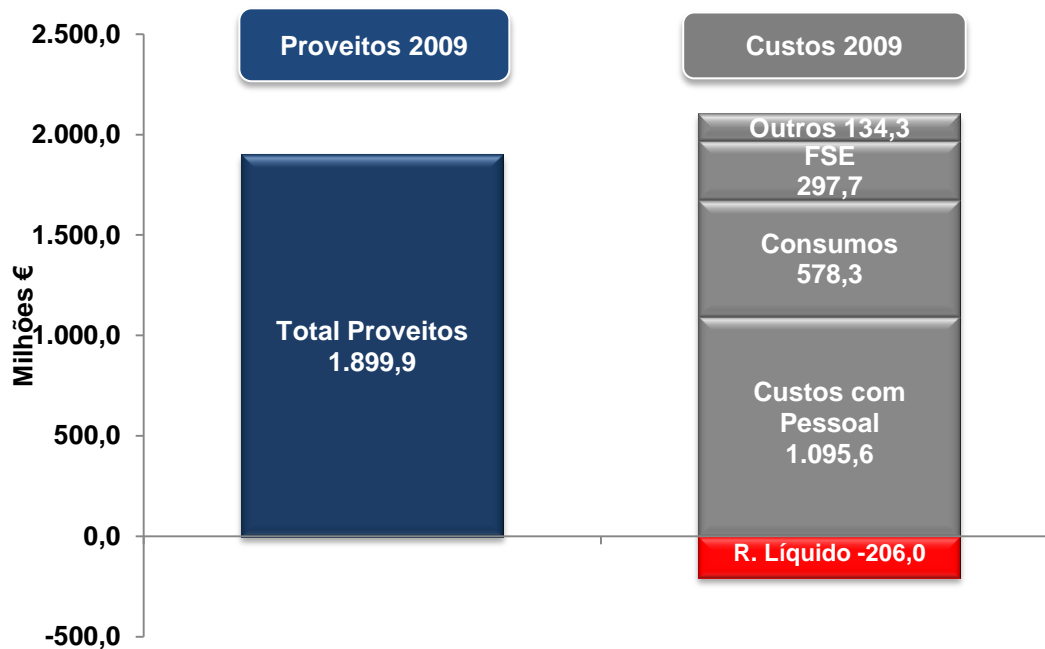
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Analisados os dados assim considerados, é possível concluir que no respeitante aos custos:

- a rubrica com maior peso nos custos totais refere-se a custos com o pessoal, com 1.042,1 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 53% nos custos totais);
- em consumos foram gastos 539,0 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 27% nos custos totais);
- em fornecimentos e serviços externos (FSE) foram gastos 260,4 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 13% nos custos totais); e
- na rubrica de “outros custos”, a despesa foi de 138,5 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 7% nos custos totais).

O grupo de CH, para o ano de 2008, apresentou um resultado líquido negativo de 149,8 milhões de euros.

**Gráfico 19 – Proveitos e Custos dos CH – 2009**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Para o ano de 2009, o grupo de CH apresentou um total de proveitos de 1.899,9 milhões de euros (ver Gráfico 19). No que diz respeito aos custos constata-se que:

- os custos que têm um peso maior nos custos totais, à semelhança do que se observou para o ano de 2008, são os custos com o pessoal, de 1.095,6 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 52% nos custos totais);
- nos consumos foram gastos 578,3 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 27% nos custos totais);
- em FSE foram gastos 297,7 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 14% nos custos totais); e
- na rubrica de outros custos a despesa foi de 134,3 milhões de euros (que corresponde a uma percentagem de 6% nos custos totais).

O grupo de CH, para o ano de 2009, apresentou um resultado líquido negativo de 206,0 milhões de euros.

**Tabela 16 – Variação dos Proveitos e dos Custos**

	2008	2009	Varição %
<b>Total Proveitos</b>	1.830.234.423,27 €	1.899.900.132,44 €	4%
<b>Custo com Pessoal</b>	1.042.066.112,48 €	1.095.609.892,71 €	5%
<b>Consumos</b>	538.977.281,29 €	578.276.803,02 €	7%
<b>FSE</b>	260.444.307,20 €	297.711.941,61 €	14%
<b>Outros</b>	138.530.513,83 €	134.292.065,24 €	-3%
<b>Resultado Líquido</b>	-149.783.791,53 €	-205.990.570,14 €	38%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Relativamente à variação dos resultados financeiros do grupo de CH incluídos nesta análise, verifica-se que entre 2008 e 2009 houve um aumento de 4% no total dos proveitos (ver Tabela 16). Os custos com o pessoal também aumentaram 5%, os consumos 7%, os FSE 14% e no que diz respeito aos outros custos houve uma diminuição de 3%. Tanto para o ano de 2008 como para o ano de 2009, o grupo CH apresentou resultados líquidos negativos, tendo o mesmo representado um crescimento de 38%.

Para se poder aferir sobre o desempenho deste grupo durante o período em análise, utilizou-se, como já foi evidenciado anteriormente, a metodologia de análise de rácios.

**Tabela 17 - Indicadores Económico-Financeiros**

Indicadores económico-financeiros	2008	2009	Varição
<b>Liquidez geral</b>	0,9169	0,8647	-6%
<b>Liquidez reduzida</b>	0,8677	0,8188	-6%
<b>Liquidez imediata</b>	0,5681	0,4839	-15%
<b>Prazo médio de recebimento</b>	55	73	32%
<b>Prazo médio de pagamento</b>	106	190	79%
<b>Autonomia financeira</b>	0,2657	0,1941	-27%
<b>Solvabilidade total</b>	0,3618	0,2409	-33%
<b>Endividamento</b>	0,7343	0,8059	10%
<b>Rendibilidade do activo</b>	-0,0999	-0,1203	20%
<b>Rendibilidade dos capitais próprios</b>	-0,3760	-0,6195	65%
<b>Rendibilidade líquida das vendas</b>	-0,0887	-0,1159	31%
<i>custo com o pessoal</i>			
$\frac{\text{vendas e prestações de serviços}}{\text{resultados financeiros}}$	0,6172	0,6165	-0,10%
$\frac{\text{vendas e prestações de serviços}}{\text{vendas e prestações de serviços}}$	-0,0004	-0,0043	957%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

Assim sendo, numa primeira fase serão analisados os rácios de liquidez, que traduzem a capacidade da empresa para honrar compromissos de curto prazo. Neste contexto, são analisados os rácios de liquidez geral, reduzida e imediata.

De seguida analisam-se os rácios de funcionamento ou actividade, que caracterizam aspectos operacionais da gestão de recursos. Aqui, serão apresentados os rácios de prazo médio de recebimentos e prazo médio de pagamentos.

Após a análise dos rácios de funcionamento são apresentados os rácios de financiamento que caracterizam a estrutura financeira, dando indicações da capacidade da empresa em honrar os seus compromissos de médio e de longo prazo. Neste contexto, serão analisados os rácios de autonomia financeira, solvabilidade total e endividamento.

Por último, são analisados os rácios de rendibilidade, que se referem à rendibilidade da empresa e dos capitais investidos. Aqui, estão incluídos os rácios rendibilidade do activo, rendibilidade dos capitais próprios, rendibilidade líquida das vendas, os custos com o pessoal em relação às vendas e prestações de serviço e, por último, os resultados financeiros em relação às vendas e prestações de serviços

Relativamente aos rácios de liquidez, cuja finalidade é proporcionar a informação sobre a capacidade de uma empresa para satisfazer as suas dívidas de curto prazo, o mesmo deve apresentar um valor igual a um, para que se verifique um equilíbrio financeiro mínimo. A liquidez geral representa o fundo de maneio e tem grande importância para os credores (uma vez que exhibe a possibilidade de reembolso de curto prazo). Assim, observa-se que este rácio se deteriorou, entre 2008 e 2009, em 6% e foi sempre menor que um. Ora, este grupo de CH poderá não ter liquidez suficiente para fazer face aos compromissos de curto prazo, uma vez que o fundo de maneio não é suficiente para permitir fazer face aos riscos resultantes da lentidão com que valores activos se transformam em dinheiros.

No entanto, para se poder retirar conclusões mais concretas sobre a liquidez, também é necessário analisar o rácio liquidez reduzida, que embora tenha a mesma finalidade do rácio anterior, considera que as existências não poderão ser transformadas de imediato em dinheiro, ou pelo menos que essa conversão será sempre abaixo do custo de inventário (Carvalho das Neves, 2003). Assim sendo, a liquidez reduzida diminuiu, entre 2008 e 2009, em 6%, o que reforça a conclusão extraída da análise do rácio de liquidez geral.



Um terceiro indicador de liquidez é o rácio liquidez imediata, que restringe ainda mais o conceito de activos líquidos, cingindo-o às disponibilidades e aplicações financeiras de curto prazo de uma empresa (Carvalho das Neves, 2003). Ora, a liquidez imediata diminuiu em 15% durante o período em análise, o que fortalece a conclusão de que o grupo de CH poderá ter dificuldades em honrar os compromissos de curto prazo. Note-se que os rácios de liquidez são estáticos pelo que se torna conveniente compará-los com os rácios de actividade que são dinâmicos.

Em relação aos rácios de funcionamento ou de actividade, foram analisados os rácios de prazo médio de recebimento e de prazo médio de pagamento. Relativamente ao primeiro, verifica-se um aumento de 32%, o que piora a liquidez dos CH. O prazo médio de pagamento também piorou em 79% o que pode evidenciar dificuldades por parte dos CH em satisfazer as suas obrigações.

No contexto da análise dos rácios de financiamento, foram analisados os rácios de autonomia financeira, solvabilidade total e endividamento. O rácio de autonomia financeira mede a solvabilidade da empresa, nesta situação do grupo de CH, através da determinação da proporção dos activos que são financiados com capital próprio (que nesta situação é através de fundos próprios). Este rácio é interpretado da seguinte forma: quanto mais elevado o rácio, maior a estabilidade financeira da empresa, *ceteris paribus*. Quanto mais baixo for o valor do rácio, maior será a vulnerabilidade. Ora, e no que diz respeito ao rácio de autonomia financeira, verificou-se uma diminuição de 27%, o que reflecte um aumento de vulnerabilidade dos CH (isto é, um aumento da dependência perante os credores).

O rácio solvabilidade total indica a capacidade da empresa de fazer face aos compromissos financeiros. Se este valor não for suficientemente elevado (isto é, superior a 1) indica que a empresa está impossibilitada de satisfazer todos os compromissos financeiros com meios próprios. O que se observa é que, entre 2008 e 2009, houve um agravamento deste rácio em 33%, o que significa que este grupo de CH apresenta dificuldades em fazer face aos compromissos financeiros com meios próprios.

O rácio endividamento indica sobre o grau de intensidade de recurso a capitais alheios (dívida) no financiamento de uma empresa, apurando a extensão com que a empresa utiliza capital alheio no financiamento das suas actividades. Ora, quanto menor for o rácio (isto é menor que 1) maior é a capacidade de endividamento da empresa e menos

dependente se encontra a empresa face a esse tipo de capitais. Entre 2008 e 2009 este rácio apresentou um agravamento de 10%, o que revela uma dificuldade de capacidade de endividamento por parte do grupo de CH em análise.

E, por último, no que diz respeito aos rácios de rendibilidade, o rácio de rendibilidade do activo indica a taxa de remuneração de todos os capitais investidos na empresa (neste caso hospitais) independentemente de serem próprios ou alheios. Observa-se que este rácio para o grupo de CH agravou-se entre 2008 e 2009 (aumento de 20%), o que traduz uma diminuição no retorno dos investimentos realizados.

O rácio de rendibilidade dos capitais próprios mede se a rendibilidade gerada está a um nível aceitável comparativamente às taxas de rendibilidade dos mercados de capitais e ao custo de financiamento. Entre 2008 e 2009, verificou-se uma perda de rendibilidade de capitais próprios em 65%.

O rácio de rendibilidade líquida de vendas e prestação de serviços (sendo que, esta última, nos CH, é a principal fonte de financiamento), expressa que houve uma perda de resultados em 31%.

Os últimos dois rácios não têm qualquer designação e foram utilizados porque se considera adequada a análise para esta situação, uma vez que a principal receita dos CH são as vendas e prestação de serviços. Servem, então, para se verificar até que ponto as vendas e prestações de serviços cobrem os resultados e os custos com pessoal.

Relativamente ao rácio de custos com o pessoal em relação às vendas e prestação de serviços, verificou-se que entre 2008 e 2009 houve uma diminuição de 0,10%, que, neste caso, foi reflexo de um aumento dos custos com o pessoal, e de um aumento do volume das vendas e prestação de serviços (dos proveitos), ou seja, o aumento dos custos com pessoal foi em termos proporcionais superior ao volume de vendas e prestação de serviços. Por último, no que diz respeito ao rácio que avalia os resultados financeiros em relação às vendas e prestação de serviços, verificou-se que, para este grupo de CH, houve uma deterioração deste rácio em 957%, o que nos poderá levar a concluir que os resultados financeiros se agravaram de um ano para o outro, numa proporção que não se coaduna com o aumento de “produção”.

Em jeito de conclusão, refira-se que, relativamente à variação dos resultados financeiros do grupo de CH incluídos nesta análise, entre 2008 e 2009, houve um aumento de 4% no total dos proveitos. Os custos com o pessoal também aumentaram 5%, os consumos 7%,

os FSE 14% e no que diz respeito aos outros custos houve uma diminuição de 3%. O resultado líquido, do grupo de CH em estudo, agravou-se em 38%.

Verificou-se, também, que o grupo de CH, entre 2008 e 2009, apresentou dificuldades em fazer face aos compromissos de curto e de longo prazo, viu aumentado o prazo médio de pagamento e apresentou uma diminuição da rendibilidade da actividade dos CH e dos capitais investidos.

## 9. Conclusões

No presente estudo procedeu-se à avaliação dos CH e, nesse âmbito, visou-se identificar potenciais impactos da sua implementação, considerar o cumprimento dos objectivos tal como assumidos pelo legislador com a criação de cada um dos CH hoje existentes, bem como avaliar a sua eficiência. Em concreto, foi intenção do presente estudo aferir “[...] *do cumprimento dos objectivos de melhoria de gestão que se pretendia obter com a criação dos CH, bem como de maior complementaridade na prestação de cuidados pelas diversas unidades integradas nos centros hospitalares, com resultados expressos no acesso dos utentes aos cuidados de saúde*”.

Nessa medida, foram assim recolhidas informações junto de todos os prestadores envolvidos, das ARS e junto das populações, tendo sido então feita uma reflexão crítica sobre o funcionamento e a actividade dos CH quando comparados com outros modelos de gestão entretanto implementados (como seja, por exemplo, a integração em ULS), de forma a aquilatar dos potenciais impactos no acesso dos utentes residentes na área de influência de um CH.

1. Assim sendo, e do ponto de vista dos CH, a criação dos mesmos veio promover, entre outros aspectos:
  - (i) economias de escala e ganhos de eficiência;
  - (ii) uma reorganização dos profissionais de saúde pelas diferentes unidades hospitalares e um conseqüente aumento da mobilidade destes;
  - (iii) uma melhoria na proximidade de cuidados de saúde às populações;
  - (iv) redução de stocks e rentabilização dos MCDT evitando o recurso dos utentes ao sector privado e centralização de serviços;
  - (v) um aumento dos serviços prestados nomeadamente de consultas externas;
  - (vi) um investimento financeiro na mobilidade dos profissionais de saúde entre as diferentes unidades hospitalares integrantes dos CH; e
  - (vii) um investimento financeiro na aquisição de viaturas de transporte ou contratação de ambulâncias, destinadas ao transporte dos doentes entre as unidades hospitalares.
2. Da análise das respostas das ARS constatou-se:
  - (i) a inexistência de propostas formais subscritas pelos Conselhos de Administração de cada uma das ARS competentes, conforme imposição

legal prescrita no Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, o que prejudica a possibilidade de se aferir com exactidão o cumprimento dos fundamentos e objectivos da criação de cada um dos CH;

- (ii) que os motivos que fundamentaram a criação de cada CH foram, designadamente, a melhoria da acessibilidade e da qualidade dos cuidados prestados, a racionalização da gestão de recursos humanos, a complementaridade assistencial entre as unidades existentes, a rentabilização de recursos técnicos e humanos, a concentração dos meios complementares de diagnóstico, a melhoria a nível da gestão pela obtenção de ganhos efectivos que resultam das economias de escala, a reorganização dos serviços de Apoio e das Áreas de gestão e de logística e o desenvolvimento e inovação dos sistemas de informação;
- (iii) que, na maioria dos casos, o tempo decorrido desde a criação dos CH é ainda limitado e não foram efectuados estudos concretos de avaliação, não tendo sido possível, por isso, aferir do cumprimento dos objectivos enunciados.

3. Após a criação de CH e do ponto de vista dos ACES, inquiridos pela ERS, constatou-se que 73% dos CH implementaram medidas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial. Isto é, verificou-se um reforço na ligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares.

4. Do ponto de vista dos Municípios, como aspectos positivos da criação de CH foram destacados, a concentração e especialização de serviços que se repetiam pelas unidades hospitalares que hoje integram os CH, evitando perdas de eficiência e recursos financeiros, assim como melhorias em matéria de proximidade, localização, diversidade e qualidade dos serviços prestados. No que concretamente respeita ao apoio assistencial, foi salientado um acesso mais alargado das populações aos cuidados de saúde, ainda que delimitado a algumas especialidades médicas.

Como aspectos negativos, foram salientados, designadamente, a inexistência de orientações-base em termos de funcionamento dos CH, a instabilidade de projectos e orientações, as constantes mudanças na orientação dos Conselhos de Administração, as elevadas listas de espera e a degradação e falta de credibilidade da rede de cuidados primários, provocando uma excessiva solicitação aos CH, bem como o aumentado significativo dos custos com o transporte de doentes.

5. Atendendo a que o acesso pode ser avaliado por consideração das características socioeconómicas das populações abrangidas pelos CH e dos indicadores de capacidade, proximidade, e de análise temporal (i.e. uma análise econométrica dos TMRG), verificou-se que:
- (i) com base na análise, por um lado, de cinco áreas de produção contratadas, plasmadas nos Contratos-Programa e nos respectivos Acordos Modificativos celebrados pelos CH e, por outro lado, da produção realizada tal como descrita nos Relatórios e Contas, os Contratos-Programa não estarão a reflectir as características socioeconómicas da área de abrangência da população, nem tampouco a produção efectivamente realizada;
  - (ii) quanto à capacidade, existe uma distribuição muito heterogénea de recursos humanos: relativamente ao número de médicos por 1000 habitantes, todos os CH, com excepção do CH e Universitário de Coimbra, E.P.E. apresentam valores abaixo dos revelados quer a nível nacional, quer a nível europeu. Uma observação semelhante é também constatada para o número de enfermeiros por 1000 habitantes, que em todos os CH é inferior ao rácio nacional e o qual, por sua vez, é já inferior ao da UE. Estes resultados revelam uma inadequada distribuição de profissionais de saúde no território nacional, sejam médicos ou enfermeiros;
  - (iii) relativamente à proximidade, todos os CH apresentam, no que se refere ao acesso dos utentes das respectivas áreas de abrangência, um tempo médio de viagem, a cada um dos estabelecimentos que o integram, inferior a 90 minutos, assumindo-se, no entanto, a necessidade da implementação efectiva das Redes de Referência Hospitalar, com definição explícita das áreas de abrangência;
  - (iv) o grupo de CH em análise apresenta uma tendência de crescimento, em termos percentuais, da realização de primeiras consultas para além dos TMRG, ainda que aquele grupo tenha as percentagens mais baixas em relação ao grupo de ULS e ao grupo de Controlo. Ora, devido às dificuldades evidenciadas na marcação e na realização das primeiras consultas hospitalares dentro dos TMRG, pelo grupo de CH, é possível concluir pela dificuldade de acesso dos utentes às primeiras consultas de especialidade, em tempo útil;

- (v) através da análise econométrica, o grupo de CH em análise apresenta uma diminuição do número de consultas realizadas fora dos TMRG comparativamente aos hospitais de grupo de Controlo;
  - (vi) quando comparados dois grupos de CH relativamente aos restantes grupos (incluindo o grupo de ULS e o grupo de Controlo), existe uma diminuição mais acentuada das consultas fora do tempo no grupo CH I (os CH criados há mais tempo) do que no grupo CH II (os CH criados mais recentemente). Estes resultados podem indicar que o tempo de integração dos CH influencia o desempenho dos mesmos no contexto das consultas fora do tempo;
  - (vii) quanto ao acesso a cirurgias, o grupo de CH, tanto para o ano de 2009 como para 2010, apresenta as percentagens mais baixas de Tempo de Espera (TE) superior ao TMRG, relativamente ao grupo de ULS e ao grupo de Hospitais que não são objecto de qualquer tipo de integração, para a respectiva prioridade e patologia, face ao total de utentes sujeitos a intervenções cirúrgicas, exibindo igualmente uma variação negativa entre estes dois anos. Perante esta análise, pode-se concluir que estará a ser realizado um esforço para melhorar o acesso em cirurgias programadas por parte deste grupo de hospitais.
6. Quanto à análise da variação dos custos, e no que concerne aos Custos Directos Unitários (CUD) e dos Custos Unitários Totais (CUT) de produção numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH, verifica-se que:
- (i) relativamente ao número de doentes tratados no internamento e ao número de consultas realizadas, após a integração em CH, há na sua maioria um aumento percentual da produção realizada em quase todas as valências. No que respeita aos CUD e aos CUT, o grupo de CH em análise apresenta uma diminuição em ambos os custos, na maioria das valências. Assim e, com algumas excepções, poderão ser verificadas economias de escala no grupo de valências/áreas analisadas. É de salientar, contudo, que para a valência de Oftalmologia em internamento, verifica-se um aumento dos respectivos CUD e CUT após a integração em CH e uma diminuição da respectiva produção realizada, de onde podem resultar possíveis deseconomia de escala;

- (ii) relativamente à valência urgência geral, a variação do número de doentes atendidos após a integração em CH aumentou 66%, mantendo-se quase inalterado o custo das mesmas;
- (iii) no âmbito das consultas externas, a consulta de Cardiologia apresenta um aumento dos CUD e dos CUT mais que proporcional ao aumento da produção, após a integração em CH, de onde podem resultar possíveis deseconomias de escala.

Por último, quanto à análise financeira, verificou-se que entre 2008 e 2009 houve um aumento de 4% no total dos proveitos do grupo de CH. Os custos com o pessoal também aumentaram 5%, os consumos 7%, os fornecimentos e serviços externos 14%, e no que diz respeito aos outros custos houve uma diminuição de 3%. Constatou-se, também, que o grupo de CH, entre 2008 e 2009, apresentou dificuldades em fazer face aos compromissos de curto e de longo prazo, bem como viu aumentado o prazo médio de pagamento e evidenciou uma diminuição da rentabilidade da actividade e dos capitais investidos.

Não obstante, e em suma, os resultados obtidos não evidenciam uma causalidade entre os mesmos e o modelo organizacional CH, uma vez que haveria que destrinçar entre a evolução exógena - isto é, uma evolução transversal enquanto resultado de avanço científico, económico, tecnológico, de gestão e de políticas de saúde, entre outros - e a evolução endógena - ou seja, uma evolução que fosse específica e directamente resultado do modelo organizacional CH. Tal destrinça não se afigura, no presente momento, possível de realizar por não se haverem estabelecido objectivos específicos aos CH aquando da sua criação, nem tampouco se acautelou o estabelecimento e registo reiterado de indicadores que permitissem a aferição do que fossem os resultados específicos atribuíveis ao modelo de CH.

Efectivamente, constatou-se que a análise dos CH existentes padece da dificuldade resultante de não haverem sido elaboradas, como seria expectável, propostas fundamentadas e prévias às suas criações, e das quais se poderiam retirar os objectivos que serviriam de parâmetros para as suas avaliações de desempenho, em termos de equidade, eficácia e eficiência, daqui resultando a necessidade, primeira e essencial, de uma efectiva implementação de mecanismos de comparação (indicadores e parâmetros) que permitam, no futuro, avaliar os CH implementados (e eventualmente os a



implementar), designadamente à luz da busca de eficiências que se visem obter através de procedimentos de integração horizontal.

## Referências

Brown, M.; McCool, B., 1986, “Vertical integration: exploration of a popular strategic concept”, *Health Care Management Review*, Vol. 11: 4, pp. 7-19.

Calnan, M., Hutten, J. and Tiljak, H., 2006, “The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting care across the interface”, in R. Saltman, A. Rico and W. Boerma (eds) *Primary Care in the Driver’s Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, pp. 85–104. Maidenhead: Open University Press.

Contandriopoulos, A. et al., 2003, “The integration of health care: dimensions and implementation. Montreal”, *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montreal (Working Paper)*.

*Committee on Pediatric Manpower* (1981). “Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee”. *Pediatrics* 67(5): 585-596).

Delnoij, D., Klazinga, N., Velden, K., 2003, “Building integrated health system in central and eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health system in transition”, *European Journal of Public Health*, vol. 13: 3, pp. 240-245.

Devers, K. e *tal.*, 1994, “Implementing organized delivery systems: an integration scorecard”. *Health Care Management Review*, vol. 19:3, pp. 7-20.

Kodner, D., Spreeuwenberg, C., 2002, “Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper”, *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2: 14, pp. 1-6.

Greene, W. 2003, “*Econometric Analysis*”, Prentice Hall.

Grone, O., Garcia-Barbero, M., 2001, “Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services” *International Journal of Integrated Care*, vol. 1: 1, pp.1-10.

Looper e Lafortune, 2009, “Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries”, *Health Working Papers*, no. 43.

Neves, João Carvalho, 2003, “Avaliação de Empresas e Negócios”, Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.

Rui Santana e Carlos Costa, 2008, “A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais”, *Revista de Saúde Pública*, Volume Temático: 7.

Rui Santana, Carlos Costa, Patrícia Marques e Sílvia Lopes, Setembro de 2009, “Revisão de Literatura sobre a definição de um modelo de acompanhamento da actividade

desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009”.

R. Santana, C. Costa, P Marques e S. Lopes, Novembro de 2009, “Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009”.

Sicotte, C., D’Amour, D., Moreault, M., 2002, “Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers”. *Social Science & Medicine*, vol. 55, pp. 991-1003.

SOBCZAK, A., 2002, Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland, *International Journal of Integrated Care*. Vol. 2: 1, pp. 1-10.

OECD. 2007. Health Working Paper: “Improved Health System Performance Through Better Care Coordination”. No 30;

OECD, 2009, Health at a Glance 2010.

Penchansky, R., e Thomas, J. W., 1981, “The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction”, *Medical Care*, vol. 19:2, pp. 127-140.

Starfield, B., 1998, “Primary care: balancing health needs, services and technology”, Oxford University Press.

United Nations Development Programme, 2010, “*Human Development Report, 20<sup>th</sup> Anniversary Edition, The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*”.

Vaz, Artur, 2010, “Hospitais Públicos Portugueses”, em 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Um percurso comentado, Almedina.

## Anexo I – Inquérito realizado, por parte da ERS, aos CH

Ofício de 10 de Março de 2011, enviado pela ERS aos CH que foram criados até 2009 e que naquela data estavam em funcionamento como CH:

“[...]”

1. *Identificação das sinergias resultantes da criação do Centro Hospitalar (CH), com os respectivos elementos documentais de suporte;*
2. *Identificação das medidas implementadas de optimização de recursos resultantes da criação do CH, com elementos documentais de suporte;*
3. *Identificação das medidas implementadas de optimização de serviços prestados aos utentes resultantes da criação do CH, com elementos documentais de suporte;*
4. *Identificação das medidas implementadas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial resultante da criação do CH, com elementos documentais de suporte;*
5. *Identificação de órgão técnicos que foram racionalizados e/ou criados na decorrência da criação do CH, com os respectivos elementos documentais de suporte;*
6. *Medidas implementadas para a mobilidade dos profissionais de saúde entre as diferentes Unidades Hospitalares integrantes dos CH, com elementos documentais de suporte;*
7. *Medidas implementadas para garantir o transporte, quando justificável, para a mobilidade dos utentes entre Unidades Hospitalares, com os respectivos elementos documentais de suporte;*
8. *Identificação dos custos de transporte directamente imputáveis à mobilidade de utentes para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico Terapêutica (MCDT) ou na ausência de tais dados, do peso percentual desses transportes no peso total dos transportes do CH, entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010<sup>70</sup>;*

---

<sup>70</sup> Na situação em que se verificou a criação de CH no período compreendido entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010, solicita-se a informação relativa às diferentes Unidades Hospitalares quanto ao período anterior à integração e a informação quanto ao CH para o período posterior à sua criação.

9. *Identificação das especialidades em cada Unidade Hospitalar do CH;*
10. *Número total de médicos a tempo inteiro e a tempo parcial entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010<sup>71</sup>, desagregado por especialidade e por ano;*
11. *Número total de enfermeiros entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010<sup>72</sup>, desagregado por especialidade e por ano;*
12. *Número total de outros profissionais de saúde entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010<sup>73</sup>, desagregado por especialidade e por anos;*
13. *Envio em ficheiro digital de formato “Microsoft Excel”, dos indicadores de demonstração de resultados e balanço, entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010<sup>74</sup>, designada mas não limitadamente no que respeita a custos e proveitos<sup>75</sup>.*
14. *Envio de outros mapas representativos da situação financeira e da actividade do CH e que V. Exa. possua, entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010<sup>76</sup>.”.*

Recebidas todas as respostas remetidas por cada um dos intervenientes, assim notificados, foi feita uma análise comparativa das mesmas de onde resultaram as conclusões que a seguir se apresentam. Para tanto, serão aqui enunciadas por títulos as abordagens mais comuns e, para cada uma delas, indicadas respostas representativas<sup>77</sup>.

No que concretamente respeita à “*Identificação das sinergias resultantes da criação do Centro Hospitalar (CH)*”, foi possível concluir que foram mais citadas como tais,

---

<sup>71</sup> *Idem.*

<sup>72</sup> *Ibidem.*

<sup>73</sup> *Ibidem*

<sup>74</sup> *Ibidem.*

<sup>75</sup> Solicita-se ainda o envio de cópia (em papel ou suporte digital) do balanço e da demonstração de resultados para o período compreendido entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010.

<sup>76</sup> Na situação em que se verificou a criação de CH no período compreendido entre 1 de Janeiro de 1999 e 31 de Dezembro de 2010, solicita-se a informação relativa às diferentes Unidades Hospitalares quanto ao período anterior à integração e a informação quanto ao CH para o período posterior à sua criação.

<sup>77</sup> A análise aqui efectuada não contempla as respostas remetidas por cada um dos intervenientes, aos pontos 8 a 14, porquanto o objectivo das mesmas ser a recolha de dados que irão ser tratados nos capítulos subsequentes.

### **(i) Economias de Escala e ganhos de eficiência**

- ✓ *“com o aumento do volume de negócio para as empresas prestadoras de serviços houve uma redução nos preços praticados ao CH”*; além do mais,
- ✓ *o “[...] aumento dos proveitos é superior ao aumento dos custos, o que reflecte as economias de escala geradas pela integração dos dois Hospitais. Desde a criação do Centro Hospitalar que os seus Resultados Líquidos são positivos”*;
- ✓ *“Aproveitamento da capacidade instalada”*;
- ✓ *“Ganhos de eficiência e melhorias dos resultados de exploração”*;
- ✓ *“Redução dos custos com a ligação em rede informática, dos Laboratórios, do Serviço de radiologia e de Urgência, os exames, as informações do serviço de urgência e todas as outras informações dos utentes passaram a integrar um único sistema informático dos hospitais com benefícios no atendimento e observação de utentes”*;
- ✓ *“Em todas as circunstâncias em que ocorreu concentração de meios técnicos e humanos verificaram-se melhorias na produtividade e promoveu-se, em consequência, melhoria na acessibilidade à população utente. Por outro lado, em quase todas se promoveu a melhoria das condições de funcionamento, de conforto ao doente, e de segurança na prestação de cuidados de saúde”*;
- ✓ *a “[...] pressão da diminuição do número de camas determinou uma maior atenção à demora média, ao planeamento do processo de admissão, planeamento e prestação de cuidados, bem como à gestão das altas, condições essenciais a garantir resposta à procura existente. As condicionantes expostas permitiram que, por cama, aumentasse progressivamente o número de doentes tratados”*; e
- ✓ *“Redução dos custos de aquisição de medicamentos e consumíveis médicos através do ganho de escala”*.

### **(ii) Mobilidade de recursos humanos**

- ✓ *“Maior rotatividade profissional pelas duas instituições, numa óptica de polivalência e mobilidade funcional”*;
- ✓ *“[...] a mobilidade de profissionais permitiu, por exemplo, que a disponibilidade horária de cirurgiões afectos [a uma unidade hospitalar] fosse rentabilizada pela produção cirúrgica nos blocos operatórios [da outra unidade hospitalar]. Com*

*óbvias vantagens para o utente que viu o tempo médio de espera reduzido nas especialidades abrangidas por esta medida”; e*

- ✓ *“[...] as sinergias resultantes na área clínica permitiram a optimização das equipas de profissionais e dos equipamentos. A criação de grupos coesos e consistentes em cada serviço/especialidade (Ex. Cirurgia, Ortopedia, Urologia, Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, entre outros), com profissionais que actuam em qualquer uma das [...] unidades hospitalares e com vista a uma melhor interacção entre as mesmas, reflecte-se na melhoria crescente e significativa dos índices de produtividade e de satisfação dos utentes”.*

### **(iii) Complementaridade de serviços e cuidados hospitalares**

- ✓ *“Desenvolvimento da complementaridade entre as Unidades”;*
- ✓ *“Centralização dos Serviços de apoio à prestação de cuidados: Farmácia, Esterilização, Serviço Social, Serviço de Higiene e segurança no trabalho. Desenvolvimento dos mecanismos de articulação com um leque mais alargado de Centros de Saúde e IPSS da região”;*
- ✓ *“Centralização de serviços transversais (MCDT, Central Esterilização, Urgência e Bloco Operatório), com ganhos na gestão de recursos humanos, materiais e tecnológicos”;*
- ✓ *a “Integração dos serviços [...], com melhor articulação entre as unidades e ganhos de qualidade [...] por integração em serviços com maior nível de diferenciação”;*
- ✓ *“[...]A] oferta de algumas especialidades médicas e cirúrgicas, viu na [...] criação do CH a possibilidade de prover à sua população alvo a quase totalidade dos cuidados de saúde”;*
- ✓ *“[...]A]umento da capacidade de resposta imagiológica, já que a criação do CH veio permitir que alguns exames e técnicas, até à data realizados no exterior, passassem a ser assegurados internamente [...]”;*
- ✓ *“As [...] de transferência de doentes entre qualquer dos hospitais, que em cada um eram considerados como novos casos, passaram a ser tratadas globalmente como um só caso, independentemente do percurso interno que para cada doente seja mais adequado. Esta concentração permitiu, por si só, uma redução de custos para o Serviço Nacional de Saúde”;*

- ✓ *“Alargamento da Consulta Externa de algumas valências de que o CH dispõe, as Unidades Hospitalares que delas carecem”*; e
- ✓ *“Acesso a cuidados de proximidade mais diferenciados, como é o caso das consultas externas”*.

No que concretamente respeita à *“Identificação das medidas implementadas de optimização de recursos resultantes da criação do CH”*, refira-se que algumas das sinergias criadas e referidas no ponto anterior, foram também consideradas tendo em vista a optimização de recursos dos serviços prestados aos utentes. Nessa sequência, e consideradas todas as respostas à segunda questão, elencam-se, de seguida, as medidas implementadas de optimização de recursos mais referidas pelos CH. Assim,

### **(i) Uniformização dos Sistemas de Informação**

- ✓ *“[...]Adopção de Sistemas de Informação Hospitalar comuns, com vista à criação de uma única base de dados quer ao nível dos serviços clínicos (Unificação das bases de dados SONHO [...] – Processo Clínico Único), quer ao nível dos serviços de apoio;*
- ✓ *“[...]Criação de uma base de dados única”*; e
- ✓ *“Criação de um arquivo clínico único através da inclusão do menor no maior”*.

### **(ii) Melhor organização funcional**

- ✓ *“Planeamento dos Serviços mais integrado”*;
- ✓ *“Reorganização funcional das instalações com melhoria das condições de segurança nas áreas de atendimento [...]”*;
- ✓ *“Gestão integrada da equipa de Recursos Humanos com redução de 20% dos efectivos”*;
- ✓ *“Centralização dos S[erviços de] Aprovisionamentos com vantagens resultantes do aumento de escala nos processos de aquisição com reduções substanciais nos custos unitários (preços unitários e descontos comerciais)”*;
- ✓ *“Centralização dos Serviços Financeiros e Contabilísticos, com redução de custos (nº de profissionais afectos)”*;
- ✓ *“[...]C]entralização num único local dos recursos técnicos, tecnológicos e humanos, deixando as áreas que ficaram devolutas no Hospital [...] disponíveis para*



- aproveitamento por outras especialidades, não só no que respeita ao internamento mas sobretudo à cabal rentabilização de tempos operatórios”;*
- ✓ *“Reorganização do internamento, no sentido de concentrar e rentabilizar os recursos disponíveis, fundindo especialidades com serviços de internamento repetidas, com percentagens de ocupação muito baixas”;*
  - ✓ *“Redução do número de camas, acompanhada pela redução sustentada das demoras médias e reforço progressivo da actividade em ambulatório”;*
  - ✓ *“[...R]eorganização dos serviços, no sentido de otimizar a utilização do conjunto de meios técnicos e de recursos humanos disponíveis nas duas unidades hospitalares”;*
  - ✓ *“[...D]esactivação d[e um dos] Bloco[s] Operatório[s] [...] e d[e alguns] internamentos das especialidades cirúrgicas”;*
  - ✓ *“Redimensionamento dos Serviços procedendo a um ajustamento da sua lotação”;*
  - ✓ *Alguns “[...] profissionais que trabalhavam nos serviços objecto de centralização [...] foram integrados nos serviços centralizados, procedeu-se à reconversão profissional de outros, de acordo com as suas competências específicas, e um terceiro grupo optou pela aposentação”;*
  - ✓ *“[...C]entralização da Anatomia Patológica “[...] proporcion[ando] um aumento da capacidade de resposta, por um lado, e uma diminuição dos custos das aquisições de reagentes através da concentração de volume de aquisição e aumento da capacidade negocial”;*
  - ✓ *“Deslocação de equipamentos entre os vários hospitais, de acordo com as necessidades e o tipo de actividade desenvolvida [...]”;*
  - ✓ *“Realização de contratos de prestação de serviços para o conjunto do CH, e não separadamente para cada unidade (ex: prestação de serviços médicos na urgência, prestação de serviços de Anestesia em cirurgia de programada)”;*
  - ✓ *“Redução de Stocks”;*
  - ✓ *“Criação de um sistema de transportes que garantisse toda a logística necessária”;*
  - ✓ *“Rentabiliza[ç]ão [d]os MCDT evitando o envio de doentes para o sector privado ou convencionado”;*

- ✓ *“Utilização das novas tecnologias para flexibilizar processos e relações e, também, para ultrapassar os constrangimentos da separação física das estruturas existentes”*; e
- ✓ *“Reorganização das urgências”*.

No que concretamente respeita à *“Identificação das medidas implementadas de optimização de serviços prestados aos utentes resultantes da criação do CH”*, foi possível concluir que as medidas de optimização de serviços, implementadas pelos CH são, designadamente:

#### **(i) Aumento dos serviços e cuidados hospitalares prestados**

- ✓ *“Mais serviços prestados com os recursos disponíveis”*;
- ✓ *“Aumento da prestação de cuidados em regime de ambulatório (hospital de dia e cirurgia do ambulatório)”*;
- ✓ *“Aument[o da] capacidade de resposta interna para a realização de MCDT”*;
- ✓ *“Disponibilização de novas consultas externas [...]”*;
- ✓ *“Revitalização da Cirurgia de Ambulatória no [CH] e concentração de cirurgia convencional apenas [numa das unidades]”*; e
- ✓ *“[...]O]portunidade do acesso a um conjunto mais alargado de serviços no âmbito da mesma instituição [...]”*.

#### **(ii) Acesso a cuidados e serviços mais especializados**

- ✓ *Utilização “[...] [de] protocolos terapêuticos já existentes [numa Unidade Hospitalar] [...] na[s restantes Unidades]”*; e
- ✓ *“[...]P]assou a ser acessível a um conjunto de utentes a abordagem multidisciplinar e especializada que anteriormente lhes estava inacessível, fruto da dispersão dos especialistas, que hoje, embora por vezes sedeados em unidades diferentes, facilmente se contactam e acedem à informação clínica em suporte electrónico independentemente da Unidade em que se encontrem”*.

#### **(iii) Organização dos serviços**

- ✓ *“Uniformização dos prestadores de serviços nas duas unidades hospitalares [...]”*;

- ✓ *“Fusão de Serviços idênticos ou afins, de modo a evitar duplicações de Serviços/Especialidades, unidades funcionais e ou dimensões dos mesmos, promovendo a concentração de recursos humanos e materiais, privilegiando formas organizativas abrangentes”;*
- ✓ De referir, ainda, que houve um CH que veio alegar que estava prevista uma reorganização do serviço de urgência para duas urgências básicas e uma urgência médico-cirúrgica distribuídas pelas diferentes Unidades do CH, ocorre que “[...a]s alterações ocorridas foram algo tímidas, dificultadas pelas pressões do poder local em manter as portas abertas dos serviços de urgência, e a falta de apoio do poder central para implementar medidas”.

No que concretamente respeita à *“Identificação das medidas implementadas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial resultante da criação do CH”*, denotou-se que, na sua maioria houve,

#### **(i) Centralização/Organização mais eficiente de serviços**

- ✓ *Uma “Centralização das áreas de MCDT, Central Esterilização, Urgência, Bloco Operatório e Consulta Externa, com ganhos na gestão de recursos humanos, materiais e tecnológicos”;*
- ✓ *“Acesso dos utentes dos [...] Hospitais a um número mais alargado de especialidades, antes inexistentes ou disponíveis apenas numa das unidades hospitalares [...]”;*
- ✓ *“Reorganização de especialidades comuns [...] dada a agregação dos recursos humanos médicos, o que veio facilitar a cobertura médica 24h/dia e a existência de mais casuística, com vantagens na evolução do conhecimento”; e*
- ✓ *A “Definição de protocolos clínicos [e regulamentos internos] comuns aos diversos serviços”.*

#### **(ii) Organização de transportes**

- ✓ *“Criação de soluções logísticas que suport[am] o transporte inter-unidades de doentes ou profissionais de saúde com vista à prestação de cuidados integrados, particularmente com a disponibilidade de uma solução de transporte em ambulância institucional [...]”;*

- ✓ “Criação de um plano de transporte entre as três unidades do CH para transporte de amostras, material de consumo – clínico, farmacêutico, hoteleiro, material esterilizado, e tudo o que, em concreto, se mostre necessário”.

No que concretamente respeita à “Identificação de órgãos técnicos que foram racionalizados e/ou criados na decorrência da criação do CH”, verificou-se que, na sua maioria, houve uma

#### **(i) Fusão dos órgãos de direcção**

- ✓ com ganhos de funcionalidade e redução de encargos; e
- ✓ um CH alegou ter mantido durante um período significativamente alargado, direcções técnicas distintas nas diversas unidades hospitalares aí integradas.

#### **(ii) Concentração de diferentes serviços**

- ✓ nos diferentes serviços (como por exemplo, serviços de Aprovisionamento, Financeiros, Recursos Humanos, Informática, Laboratórios, Farmácias, entre outros) espalhados pelas diferentes Unidades do CH, procedeu-se a uma reestruturação, tendo como implicação a redução do número de responsáveis que passaram a dirigir os serviços existentes nas várias Unidades que integram o CH;
- ✓ remodelação entre as diferentes Unidades relativamente a valências idênticas (como por exemplo, ortopedia, oftalmologia, urologia, psiquiatria, entre outras) de modo a evitar duplicações das mesmas, promovendo a concentração de recursos humanos e materiais, privilegiando formas organizativas mais abrangentes; e
- ✓ em alguns CH não se verificou a *supra* referida fusão de serviços mantendo-se, por exemplo, o Serviço de Farmácia nas diferentes Unidades, com direcções e armazéns independentes entre si e conseqüentemente descentralizados pelas Unidades Hospitalares pertencentes ao CH.

#### **(iii) Criação de novos órgãos**

Além do já exposto, e ainda na decorrência da criação do CH, foi mencionada por alguns CH a criação de órgãos técnicos, designadamente:

- ✓ “Direcções de Unidades” - representantes do Conselho de Administração em cada uma das Unidades Hospitalares, sendo este órgão constituído por um gestor hospitalar, um enfermeiro que integra a Direcção de Enfermagem do CH e que é adjunto do enfermeiro director, e um médico que é adjunto do director clínico;

- ✓ Criação de “Comissões Técnicas” e/ou Gabinetes, com vista à integração dos diversos serviços das diferentes Unidades Hospitalares;
- ✓ Criação de equipa de Transportes inter-hospitalar; e
- ✓ Criação de Auditor Interno;

No que concretamente respeita às “Medidas implementadas para a mobilidade dos profissionais de saúde entre as diferentes Unidades Hospitalares integrantes dos CH”, é possível realçar,

#### **(i) Maior eficiência de recursos**

- ✓ A “reafecção de recursos de acordo com as necessidades organizacionais, possibilitando o apoio quando necessário ao transporte dos profissionais mais diferenciados das Instituições”;
- ✓ O “transporte de profissionais que transitaram de unidade hospitalar assegurado pelo Hospital, diariamente, no início e no final do turno”; e
- ✓ A “facilitação do processo de transferência de local de trabalho para outra unidade hospitalar, em função do interesse pessoal manifestado pelos colaboradores”;

#### **(ii) Aumento do investimento financeiro na mobilidade**

- ✓ A aquisição pelo “[...] Conselho de Administração [...]de] uma viatura de 20 lugares, com horários diferidos, de forma a assegurar as necessidades de deslocação dos profissionais, tendo em conta os horários de trabalho;
- ✓ O “desenvolvimento de um Sistema Informático de requisição de veículos, através da plataforma da Intranet”;
- ✓ A “atribuição de ajudas de custo, sempre que os colaboradores tenham necessidade de se deslocar em veículo próprio”;
- ✓ A “mobilidade de profissionais (médicos e outros) entre os vários hospitais, conforme as necessidades dos Serviços, com incidência na actividade na Urgência, no Bloco Operatório e nas áreas de internamento”;
- ✓ “[A] utilização, sempre que conciliável em horário e lugar disponível dos transportes regulares entre as U.H. [...] e que envolvem viatura de serviço”;
- ✓ “[A] utilização de viatura do próprio, previamente autorizada [...]”; e
- ✓ A definição de “[...] um circuito de transportes que deve ser privilegiado pelos profissionais na deslocação entre Unidades [...]. O pedido é feito através de uma

*aplicação informática desenvolvida internamente e só mediante indisponibilidade de transporte é ponderada outra forma de transporte”.*

No que concretamente respeita às “*Medidas implementadas para garantir o transporte, quando justificável, para a mobilidade dos utentes entre Unidades Hospitalares*” foi possível aferir que, das medidas implementadas, as mais citadas são as seguintes:

#### **(i) Aumento do investimento financeiro**

- ✓ *“Aquisição [...] de [...] carrinhas de transporte de passageiros para transportes dos utentes/doentes”;*
- ✓ *Aquisição de “[...] uma ambulância para serviço em ambas as unidades hospitalares que integram o CH [...]”;*
- ✓ *Existência de “[...] uma ambulância adstrita ao serviço de urgência [...] que transporta os doentes transferidos para serviços [realizados numa das unidades hospitalares] e que assegura a deslocação dos doentes internados [...] que necessitam de realizar MCDT [numa outra Unidade]”;*
- ✓ *Existência de “[...] viatura ligeira que dá apoio ao Serviço Domiciliário, nos dias úteis entre as 9:00 e as 13:00 hora”; e*
- ✓ *“Contratação de ambulâncias para transporte de doentes entre as urgências das [...] Unidades Hospitalares”.*

#### **(ii) Rentabilização de recursos e modificação de procedimentos**

- ✓ *“[r]entabilização dos recursos existentes, já que os utentes, sempre que viável, são transportados em simultâneo, o que contribui para a diminuição do número de viagens”;*
- ✓ *Alteração dos procedimentos para pedido de transporte, que passa a ser “[...] feito numa aplicação on-line que foi desenvolvida internamente, sendo depois encaminhado para os bombeiros”;*
- ✓ *“Recurso às corporações de Bombeiros Voluntários [...]” apenas quando não houver transporte próprio do CH; e*
- ✓ *Criação de “[...] [um]a Central de Transportes [n]o CH [...]”.*

## Anexo II – Inquérito realizado, por parte da ERS, às ARS

Ofício de 10 de Março de 2011, enviado pela ERS às ARS:

“[...]”

1. *Cópia das propostas da ARS ao Ministério da Saúde para a criação dos Centros Hospitalares (CH) e elaboradas nos termos do n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 284/99, de 25 de Julho, que estabelece que “[...] a criação de centros hospitalares e de grupos de hospitais faz-se por portaria do Ministro da Saúde, sob proposta do conselho de administração da administração regional de saúde territorialmente competente”;*
2. *Identificação, acompanhada dos elementos documentais relevantes, dos motivos que fundamentaram a criação de cada CH, designadamente quanto à optimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares, e [ao] reforço da respectiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial - cfr. n.º 2 do artigo n.º 3 do Decreto-Lei n.º 284/99, de 25 de Julho;*
3. *Identificação, relativamente a cada um dos CH, dos ganhos que eram expectáveis com a sua criação (acompanhada igualmente de elementos documentais relevantes de suporte);*
4. *Identificação do grau actual de concretização dos objectivos que fundamentaram a criação de cada um dos CH, acrescidos de exemplos concretos, para cada um desses CH, de:*
  - (i) *medidas implementadas de optimização de recursos nos CH;*
  - (ii) *medidas implementadas de optimização de serviços prestados ao utente;*
  - (iii) *medidas implementadas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial;*
  - (iv) *sinergias criadas;*
5. *Cópia de eventuais estudos ou relatórios, efectuados por essa ARS, de avaliação dos CH existentes, bem como identificação ou estimativa dos ganhos financeiros anuais que devam considerar-se como directamente decorrentes deste tipo de integração.”.*

Importa agora apresentar, ainda que sumariamente as respostas obtidas às mesmas. Assim sendo, a

**(i) ARS Norte**

Conforme assumido pela ARS Norte, a “[...] *criação de Centros Hospitalares (CH) foi uma decisão política defendida por esta ARSN desde 2005, cuja concretização aconteceu de forma faseada, à medida que foram criadas condições para a sua realização efectiva*”.

As grandes questões que estiveram na base das decisões políticas de constituição dos CH foram, de acordo com esta ARS, de âmbito clínico e de gestão, a saber,

- (i) Clínico: “[...] *evidente redução da resposta em algumas áreas consideradas básicas e da qualidade da medicina praticada nos pequenos hospitais (profissionais, trabalhando de forma isolada ou em pequenos grupos, sem ligação a centros que promovem a discussão clínica e a actualização da medicina), que se previa agravar nos anos subsequentes em função da escassez de recursos humanos especializados.*”
- (ii) Gestão: “[...] *experiência da capacidade dos hospitais E.P.E. em conseguir ganhos efectivos de gestão, nomeadamente pelo volume de aquisições, bem como pela flexibilidade de procedimentos e a capacidade de seleccionar e recrutar recursos humanos.*”

Assim, “[...] *nenhum CH foi criado sem que fosse elaborado um Plano de Negócios, discutido entre os hospitais envolvidos, ARSN, ACSS, Gabinetes dos Secretários de Estado e Ministro da Saúde, bem como o Ministério das Finanças. O objectivo foi sempre, avaliar e demonstrar [...] as mais-valias desta política, bem como perspectivar, normalmente num horizonte a três anos o desenvolvimento do CH, nas suas várias áreas, evidenciando o aumento da acessibilidade dos utentes, as melhorias na qualidade clínica, a melhor gestão dos recursos humanos, a capacidade de formação de médicos que antes não existia [...], a articulação com os cuidados de saúde primários, os cuidados continuados e os cuidados hospitalares [...], os investimentos necessários [...], e evidenciando um percurso de recuperação económico-financeiro que permitiria a sustentabilidade de cada uma destas novas instituições, com base na sua produção*”.



A ARS Norte concluiu que, de acordo com os “[...] estudos efectuados, que os pequenos hospitais sozinhos, mesmo que fossem transformados em E.P.E., não conseguiriam responder de forma cabal às necessidades de saúde dos utentes, nem se conseguiriam equilibrar do ponto de vista económico. Por outro lado, não consideraram que a articulação entre instituições de saúde a vários níveis (integração vertical) fosse uma alternativa viável à integração em CH.”.

No que concerne aos resultados obtidos em cada um dos casos, face à realidade existente anteriormente, a ARS Norte remete para a informação que os CH remeteram para a ERS.

Relativamente aos ganhos que eram expectáveis com a criação de cada um dos CH, a ARS Norte considera que apesar de “[...] o tempo passado desde a criação dos CH ser curto, as decisões tiveram sucesso”.

Por último, e relativamente, à avaliação dos vários CH, em termos de prioridades estratégicas regionais, a ARS Norte evidenciou que a:

- (i) análise comparativa da produção antes e depois da criação dos CH, comprova um “[...] aumento de consultas externas (especialmente primeiras consultas), sessões de hospital dia/GDH Médicos de Ambulatório e das cirurgias (especial atenção à cirurgia de ambulatório), no sentido do aumento da acessibilidade e redução das listas de espera”;
- (ii) “[a]nálise da evolução da performance económico-financeira das várias instituições, nomeadamente quanto aos resultados operacionais e líquidos obtidos ao longo destes anos”; e
- (iii) “[a]nálise do número de inscritos e dos tempos de espera [...] para a primeira consulta externa de especialidade para cirurgia, antes e depois da criação dos CH, cujos dados são esclarecedores dos efeitos das medidas tomadas”.

## (ii) ARS Centro

A ARS Centro em resposta ao inquérito evidenciou que na região Centro existem os seguintes CH<sup>78</sup>:

- a) CH do Baixo Vouga, E.P.E.;
- b) CH de Tondela - Viseu, E.P.E.;
- c) CH de Leiria - Pombal, E.P.E.;
- d) CH e Universitário de Coimbra, E.P.E.; e
- e) CH Psiquiátrico de Coimbra, E.P.E.

No caso “[...] dos hospitais, o processo de reconfiguração e agrupamento de serviços justifica-se, em geral, por razões de eficiência na utilização de recursos e contenção financeira, mas também, com critérios de planeamento e racionalidade técnica e portanto, em última análise, está subordinado a exigências de qualidade e melhorias de cuidados”.

Mais acrescentou a ARS Centro ser “Comum à criação destes novos organismos [...] preocupação de respeitar afinidades electivas do lado dos cidadãos (proximidades geográficas e fluxos populacionais) e explorar linhas de comunicação do lado dos hospitais (protocolos de colaboração, intercâmbio de profissionais, etc)”.

Mais informou que “[p]ara o Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. criou-se um grupo de trabalho, por Despacho de 11 de Março de 2010 do Secretário de Estado da Saúde, que integrava representantes dos 3 hospitais coordenado por um elemento da ARS que [...] produziu documento de orientação estratégica a médio prazo para fusão dos três [hospitais] – cfr. documento junto como anexo 4 à resposta da ARS Centro. Nesse documento foi incluído o “[...] diagnóstico de saúde da população, plano de negócios para o Centro Hospitalar, cenário de investimento e diferenciação técnica, evolução da situação económico financeira e [...] um plano de avaliação do cumprimento de objectivos”. Este trabalho terminou com uma proposta à tutela para criação do CH – cfr. documento junto como anexo 5 à resposta da ARS Centro.

---

<sup>78</sup> Note-se que a ARS Centro pronunciou-se sobre os novos CH não objecto de análise no presente Relatório.

Relativamente ao “*Centro Hospitalar Tondela – Viseu, E.P.E., há muito que estava delineado e, na prática a funcionar*”. A composição dos Conselhos de Administração têm membros comuns desde 2007 e praticavam já uma “[...] *real interligação em termos de gestão administrativa e operacional e principalmente em termos clínicos. São disso exemplos as consultas de oftalmologia, a gestão partilhada de camas entre os dois hospitais, a especialização cirúrgica [...]*”.

Já “*O Centro Hospitalar Leiria – Pombal é uma extensão natural dos laços e fluxos demográficos entre as duas zonas e vai constituir, certamente, um motor para o crescimento do hospital de Leiria e [...] para o hospital de Pombal que tinha claramente problemas de dimensão e escala para responder e captar uma população em crescimento acelerado*”.

Quanto à reorganização dos hospitais da cidade de Coimbra era, segundo a ARS Centro, inevitável “[...] *dada a duplicação e sobreposição de serviços e estruturas que se foram criando de forma independente e desarticulada*”. A existência na região de Hospitais de média dimensão (Aveiro, Leiria e Viseu) “[...] *obrigam a equacionar o papel de dois hospitais centrais na cidade [de Coimbra] e a respectiva capacidade de atracção de doentes*”. O maior problema foi “[...] *fundir e compatibilizar quase todos os serviços dos dois hospitais gerais [...]*”.

Em Coimbra as duas situações mais preocupantes quer do ponto de vista da despesa em saúde, quer do ponto de vista do planeamento da oferta de cuidados, eram as duas maternidades e os dois serviços de urgência pelo que se propôs à tutela a criação de grupos de trabalho para tratar estas questões (documentos juntos como anexos 6 e 7 à resposta da ARS Centro), tendo este trabalho culminado na proposta de criação de CHUC junta pela ARS, à sua resposta, como anexo 8.

Relativamente aos ganhos expectáveis com a criação dos CH, a ARS Centro considerou que “*Será de esperar e exigir num prazo muito curto*

- a) *Um aumento do volume de serviços explorando benefícios da concentração de recursos técnicos e humanos e conseqüentemente melhorias substanciais no acesso, em especial no CHUC e em Viseu – Tondela, que tragam os indicadores de espera para dentro dos limiares mínimos garantidos;*

- b) *Uma redução da despesa e custos operacionais que não poderá ser inferior a 15% com especial atenção a situações mais graves de Viseu e Aveiro; e*
- c) *Redução das demoras médias para níveis iguais aos indicadores internacionais de referência”.*

### **(iii) ARS Lisboa e Vale do Tejo**

Os elementos documentais de que a ARS Lisboa e Vale do Tejo dispõe que fundamentam a criação de cada CH dizem respeito aos diplomas legais e aos Planos de Negócios<sup>79</sup>;

Ainda, veio esta ARS proceder à discriminação dos ganhos expectáveis com a criação dos CH, por cada um dos prestadores nela integrados, que aqui serão considerados, para facilidade de análise. Assim, para cada um dos CH *infra*, foram considerados como ganhos espectáveis, os seguintes:

#### a) CH do Barreiro Montijo, E.P.E.

- ✓ Melhoria organizacional interna;
- ✓ Eficiência e eficácia de produtividade;
- ✓ Melhoria de Qualidade na Prestação de Cuidados;
- ✓ Qualificação e Satisfação dos colaboradores do Hospital;
- ✓ Garantir o controlo orçamental e a sustentabilidade financeira; e
- ✓ Desenvolvimento das tecnologias de Informação.

#### b) CH do Médio Tejo, E.P.E.

- ✓ Rentabilizar recursos humanos, financeiros e técnicos; e
- ✓ Promover a complementaridade entre as instituições.

---

<sup>79</sup> Em resposta à ERS a ARS Lisboa e Vale do Tejo juntou, em anexo, os diplomas legais e os Planos de Negócios dos seguintes CH: CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.; CH de Setúbal, E.P.E.; CH de Lisboa Norte, E.P.E.; CH de Lisboa Central, E.P.E.; CH do Barreiro Montijo, E.P.E.; CH de Torres Vedras, e CH do Oeste Norte.

c) CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.

- ✓ Melhorar a acessibilidade;
- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados;
- ✓ Melhorar o controlo da gestão;
- ✓ Controlo do desequilíbrio financeiro;
- ✓ Renovação e remodelação das instalações;
- ✓ Reforço dos sistemas de informação; e
- ✓ Parceria no âmbito da Radiologia e Medicina Nuclear.

d) CH de Setúbal, E.P.E.

- ✓ Melhorar os serviços prestados aos cidadãos, satisfação dos profissionais e modernização da organização;
- ✓ Aprofundar metodologias que visem a prestação de cuidados numa lógica de contínuo, promovendo a interligação e complementaridade entre os diferentes níveis de cuidados de saúde;
- ✓ Reestruturar os serviços de apoio à gestão no âmbito do CH de modo a obter-se economias de escala;
- ✓ Promover o acesso, ou seja, implementar acções de organização de serviços que aumentem a possibilidade do cidadão obter a prestação de cuidados de saúde no CH no momento em que deles necessita a um custo adequado;
- ✓ Qualidade e humanização, ou seja, aliar o esforço de melhoria contínua da qualidade à preocupação com o acréscimo do grau de humanização;
- ✓ Cuidados de saúde em ambulatório como forma alternativa ou complementar à prestação de cuidados de internamento, incentivando-se serviços mais humanizados e com custos aceitáveis à hospitalização tradicional, de que se destacam o Hospital de dia, a cirurgia de ambulatório e o planeamento de altas/cuidados continuados;

- ✓ O sistema de informação como elemento fundamental para otimizar o funcionamento da organização, fomentando a melhoria da comunicação e o processo de tomada de decisões;
- ✓ A formação como meio de incrementar a cultura institucional, assente num processo de identificação participada de necessidades, no sentido de:
  - Satisfazer os objectivos institucionais;
  - Corresponder às necessidades de reposta diferenciada e actualização dos serviços e responder à evolução individual dos profissionais;
  - Satisfazer os protocolos de investigação científica em curso ou a implementar; e
  - Continuar a desenvolver a formação pré e pós-graduada, com o estabelecimento de protocolos com várias instituições de ensino, alargando a capacidade formativa para receber médicos internos de várias especialidades.

e) CH de Lisboa Norte, E.P.E.

- ✓ Optimizar a prestação de cuidados e a gestão clínica;
- ✓ Requalificar as condições de humanização;
- ✓ Racionalizar a utilização de medicamentos e de consumíveis clínicos;
- ✓ Concentrar os meios complementares de diagnóstico;
- ✓ Reorganizar os serviços de Apoio e as Áreas de gestão e logística;
- ✓ Desenvolver e inovar os sistemas de informação;
- ✓ Consolidar a situação financeira económica e patrimonial; e
- ✓ Racionalizar a gestão de recursos humanos.

f) CH de Lisboa Central, E.P.E.

- ✓ Racionalizar e otimizar os recursos humanos e materiais; e

- ✓ Desenvolver o novo Hospital de Todos os Santos.

g) CH do Oeste Norte

- ✓ Complementaridade assistencial entre as unidades existentes;
- ✓ Rentabilização de recursos técnicos e humanos;
- ✓ Melhoria significativa a nível da gestão pela obtenção de ganhos efectivos que resultam das economias de escala;
- ✓ Resposta integrada da capacidade assistencial às populações que visam servir:
  - Diferenciação da Oncologia Médica - Implementação da 2.ª fase do Projecto de Radioterapia;
  - Aumento da actividade cirúrgica – convencional e ambulatória; e
  - Constituição de Unidade de Cuidados Continuados (Convalescença e Paliativos).

h) CH de Torres Vedras

- ✓ Consolidar a reestruturação funcional do Centro Hospitalar de Torres Vedras com base na organização em Centros de Responsabilidade;
- ✓ Criar um sistema de informação integrado para a Gestão Global e dos Centros de Responsabilidade;
- ✓ Monitorizar a actividade desenvolvida e a análise financeira global e por centros de custo; e
- ✓ Melhorar e implementar novos sistemas de informação facilitadores e promotores de níveis crescentes de qualidade, segurança e eficiência.

Ademais, a ARS Lisboa e Vale do Tejo alega não dispor de elementos suficientes que permitam identificar o grau de concretização dos objectivos que fundamentaram a criação de cada um dos CH, bem como das várias medidas implementadas. A informação regular e disponível diz respeito aos Contratos-Programa estabelecidos entre ARS Lisboa e Vale

do Tejo e os referidos CH, tendo sido estabelecidos objectivos qualitativos e quantitativos e os indicadores para avaliação do desempenho.

Nessa medida, é assumido que, na realidade, não foram efectuados estudos concretos de avaliação dos CH *supra* mencionados, por esta ARS, uma vez que o acompanhamento anual decorre da avaliação do contrato programa estabelecido com cada CH, onde se identificam as concretizações ao nível do desempenho assistencial e económico-financeiro.

#### **(iv) ARS Algarve**

Segundo a ARS Algarve “[...] *não existem nesta ARS, estudos de suporte à criação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E., o único Centro Hospitalar da região, nem estudos posteriores de avaliação sobre o impacto financeiro da sua instituição*”.



## Anexo III – Inquérito realizado, por parte da ERS, aos ACES

Ofício de 10 de Março de 2011, enviado pela ERS aos ACES que tinham como referência um CH:

“[...]”

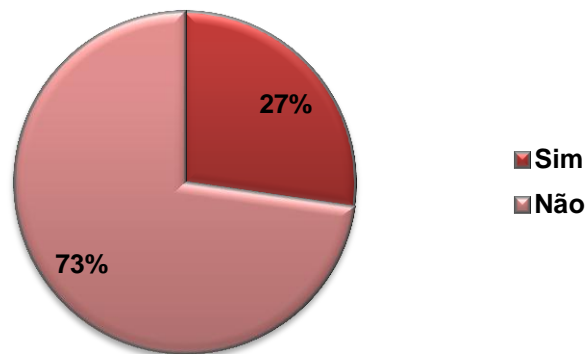
1. *Identificação do(s) estabelecimento(s) hospitalar(es) de referência do Agrupamento do Centro de Saúde (ACES);*
2. *Esclarecimento sobre a existência de reclamações por parte dos utentes relativamente a situações enquadráveis ou resultantes do facto de a referência ser efectuada para um estabelecimento objecto de integração horizontal, isto é, integrado em Centro Hospitalar;*
3. *Na eventualidade do ACES também referenciar para estabelecimentos hospitalares não integrados em Centros Hospitalares, queira informar se existe preferência de referência dos utentes e/ou se este procedimento é diferente consoante a referência for para Centro Hospitalar ou para um Hospital não integrado horizontalmente;*
4. *Informação se houve um aumento dos custos de transporte, a cargo desse ACES (ou Centros de Saúde nele integrados) após a criação do(s) Centro(s) Hospitalar(es);*
5. *Apreciação, com base no conhecimento e relacionamento desse ACES com o(s) Centro(s) Hospitalar(es) de referência, do efectivo grau de integração verificados em tal(ais) Centro(s) Hospitalar(es), designadamente em termos de:*
  - i) *medidas de optimização de serviços prestados ao utente;*
  - ii) *medidas implementadas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial - cfr. n.º 2 do artigo n.º 3 do Decreto Lei n.º 284/99, de 25 de Julho.”*

O predito inquérito foi remetido para os 33 ACES, cuja área de influência/referência abrange estabelecimento(s), objecto de integração horizontal.

Questionados sobre a “*Identificação do(s) estabelecimento(s) hospitalar(es) de referência do Agrupamento do Centro de Saúde (ACES)*”, foi possível concluir que, de todos os ACES inquiridos:

- (i) 27% só referenciam para hospitais integrados em CH; e
- (ii) 73% não referenciam somente para hospitais integrados em CH.

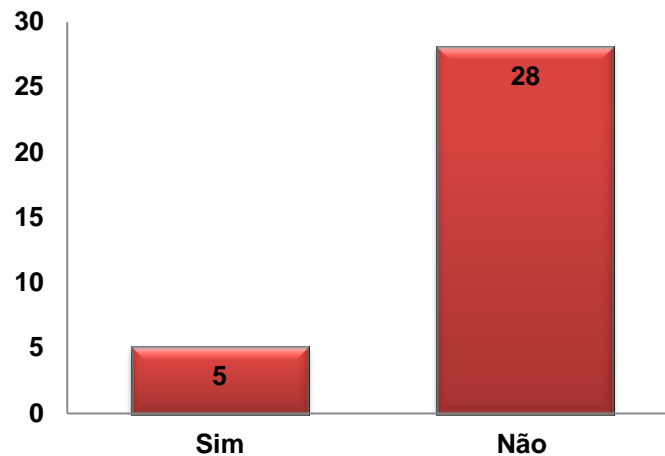
### Referenciação exclusiva para CH



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

No que respeita ao “*Esclarecimento sobre a existência de reclamações por parte dos utentes relativamente a situações enquadráveis ou resultantes do facto de a referenciação ser efectuada para um estabelecimento objecto de integração horizontal, isto é, integrado em Centro Hospitalar*”, dos ACES inquiridos, somente cinco referiram ter havido reclamações de utentes que derivaram do facto de serem referenciados para um CH e os restantes ACES (vinte e oito) evidenciaram que não tinham nenhuma reclamação que se inserisse neste âmbito.

### Reclamações por parte dos utentes



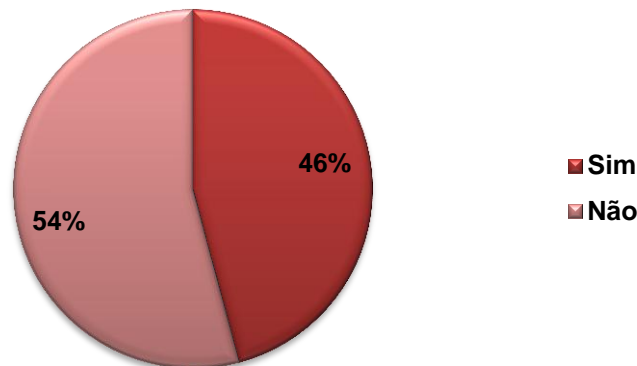
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

Do tratamento das respostas à questão se *“Na eventualidade do ACES também referenciar para estabelecimentos hospitalares não integrados em Centros Hospitalares, [...] existe preferência de referenciação dos utentes e/ou se este procedimento é diferente consoante a referenciação for para Centro Hospitalar ou para um Hospital não integrado horizontalmente”*, apenas foram tidas em consideração as respostas dos ACES que não referenciam somente para CH, e como evidenciado anteriormente, foram estudadas as respostas de vinte e quatro ACES (que corresponde a 73% dos inquiridos).

Ora, dos vinte e quatro ACES que evidenciaram que não referenciam somente para CH, verificou-se que:

- (i) 46% têm preferência na referenciação; e
- (ii) 54% não têm qualquer preferência na referenciação dos utentes para os prestadores de cuidados de saúde hospitalares.

## Preferência na referenciação dos utentes



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

Relativamente aos ACES que demonstraram que tinham preferência na referenciação dos utentes, os argumentos mais comuns que serviram de suporte para este tipo de afirmação foram os seguintes:

- “[...] *que muitas vezes resulta da celeridade de acesso ao processo e ao procedimento clinicamente recomendado, pelo que só difere face ao protocolo/acordo celebrado com a [Administração Regional de Saúde]”;*
- “[...] *há uma percepção difusa de que certos estabelecimentos hospitalares têm um histórico de intervenção em certas áreas de especialidade, que lhes granjearam uma maior notoriedade junto da opinião pública, podendo influenciar preferências na referenciação”;*
- “[...] *menores tempos de espera e/ou maior proximidade do utente à unidade hospitalar”;*  
e
- “[...] *a preferência por um ou outro estabelecimento hospitalar está aparentemente mais relacionada com experiências anteriores/hábitos do que pelo tipo de integração a que está sujeito o estabelecimento em causa”.*

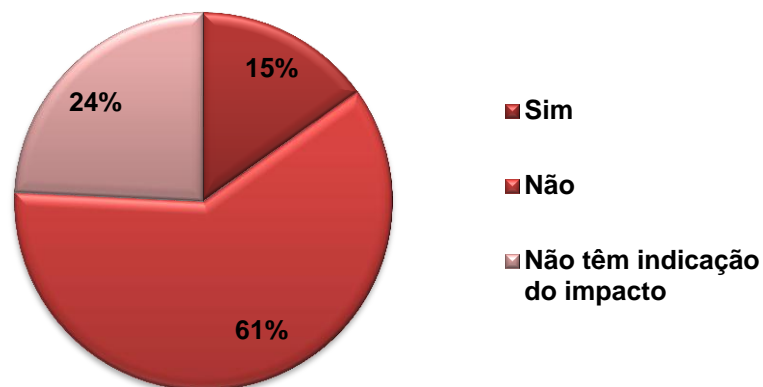
No que diz respeito aos ACES que demonstraram que não tinham qualquer preferência na referenciação dos utentes para os prestadores de cuidados de saúde secundários, os argumentos mais comuns que sustentaram esta afirmação foram:

- “[...] as áreas de referenciação estão bem definidas e estão disponíveis no CTHoras, donde essa questão não é de considerar”; e
- “[...] o procedimento relativo à referenciação difere de acordo com o facto de se tratar ou não de um Hospital de referência e subsequente suporte de referenciação utilizado”.

Quanto à questão relativa à “Informação se houve um aumento dos custos de transporte dos utentes, a cargo desse ACES (ou Centros de Saúde nele integrados) após a criação do(s) Centro(s) Hospitalar(es)”, consideradas todas as respostas a este ponto, foi possível concluir que, de todos os ACES inquiridos:

- (i) 15% evidenciaram que houve um aumento dos custos de transporte após a criação do(s) Centro(s) Hospitalar(es);
- (ii) 61% evidenciaram que não houve um aumento dos custos de transporte após a criação do(s) Centro(s) Hospitalar(es); e
- (iii) 24% evidenciaram que não tinham indicação do impacto<sup>80</sup>.

#### Custo de transporte a cargo dos ACES, após a criação de CH



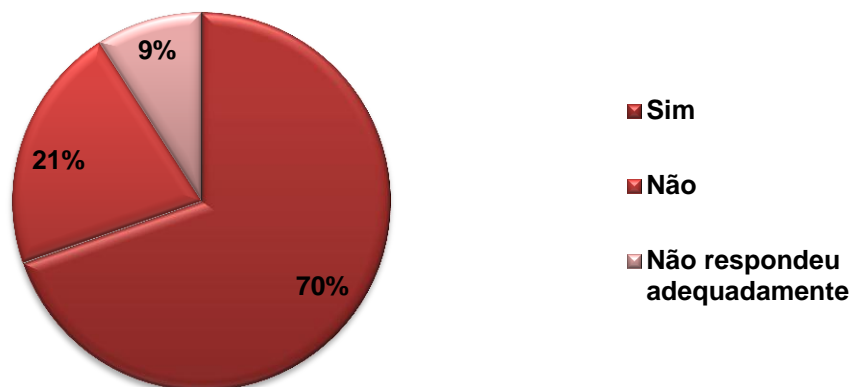
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

<sup>80</sup> Nesta percentagem estão incluídos os ACES que não tinham acesso a este tipo de informação e/ou que os dados existentes não permitiam proceder à informação solicitada.

Relativamente à apreciação efectuada pelos ACES do efectivo grau de integração verificado nos CH de referência, em termos “*medidas de optimização de serviços prestados ao utente*”:

- (i) 70% evidenciaram ter conhecimento que os CH realizaram medidas de optimização;
- (ii) 21% evidenciaram que os CH não realizaram quaisquer medidas de optimização; e
- (iii) 9% não responderam adequadamente<sup>81</sup>.

### Medidas de optimização realizadas pelos CH



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

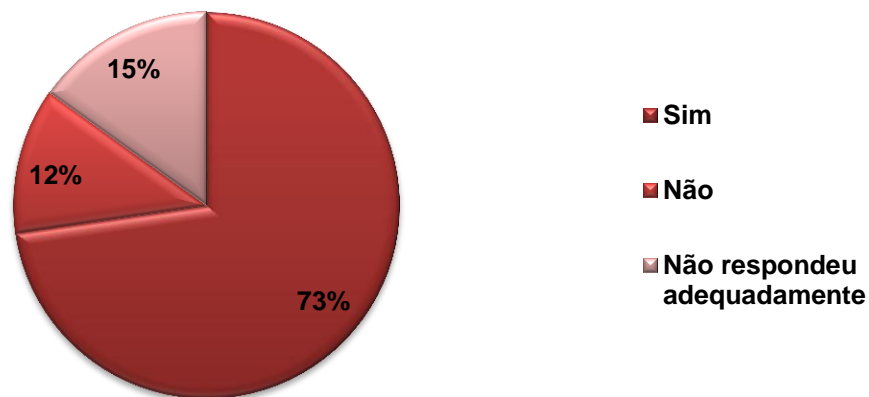
Relativamente aos ACES que evidenciaram ter conhecimento que houve (ou estão a ser realizadas) medidas de optimização por parte dos CH de referência, os argumentos mais comuns que serviram de suporte para a este tipo de afirmação foram a “[...] *melhoria das instalações [e] atendimento mais personalizado*”.

<sup>81</sup> Nesta percentagem estão incluídos os ACES que evidenciaram que não tinham informação necessária para responder.

Consideradas as respostas relativamente às “*medidas implementadas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial - cfr. n.º 2 do artigo n.º 3 do Decreto-Lei n.º 284/99, de 25 de Julho*”, verificou-se que:

- (i) 73% evidenciaram que implementaram medidas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial;
- (ii) 12% evidenciaram que não implementaram medidas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial;
- (iii) 15% não responderam adequadamente<sup>82</sup>.

### Medidas implementadas de articulação entre os ACES e CH



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas apresentadas pelos ACES.

Relativamente aos ACES que evidenciaram que implementaram medidas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial com o(s) Centro(s) Hospitalar(es), os argumentos mais comuns que serviram de suporte para a este tipo de afirmação foram os seguintes:

- “[...] reuniões com periodicidade, no sentido da melhoria de toda a articulação e na desejável integração de cuidados de saúde”;

<sup>82</sup> Nesta percentagem estão incluídos os ACES que evidenciaram que não tinham informação necessária para responder e/ou não responderam a esta questão.

- “[...] a considerar o sistema de referência CTH – ALERT P1 uma medida de optimização de serviços prestados ao utente, considerando no entanto que deveria haver uma adequação do sistema que permitisse uma informação de retorno aos CSP [cuidados de saúde primários] da consulta hospitalar”;
- “[...] tem-se realizado reuniões mensais afim de otimizar os serviços prestados aos utentes deste ACES, inclusive com a deslocação de assistentes hospitalares a efectuarem consultas nos Centros de Saúde”;
- “[...] uma maior oferta de consultas externas de especialidades”;
- “[...] diminuição do tempo de espera para algumas consultas/intervenções”;
- “[...] articulação entre o ACES e CH em algumas áreas de especialidade”; e

Alguns sugeriram que há uma necessidade de “[...] continuidade e dinamização entre os ACES e os CH [e seria útil] o envio de retorno de informação da alta do doente internado directamente ao Médico de família”.

No entanto, alguns ACES evidenciaram que “[...] sobre a referência para os cuidados hospitalares, continua[vam] a confrontar[em -se] com tempos de espera para primeira consulta muito elevados para a maioria das especialidades hospitalares”. Ademais, alguns ACES também anotaram que “[...] continuam a existir listas de espera para consultas e cirurgia”.

No que diz respeito aos ACES que evidenciaram que não implementaram medidas de reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial com o(s) Centro(s) Hospitalar(es), alguns argumentaram que “[...] O relacionamento com os hospitais é genericamente pouco saudável, tenta-se que esta situação se inverta não dependendo obviamente só de nós”.



## Anexo IV – Inquérito realizado, por parte da ERS, aos Municípios

Ofício de 14 de Março de 2011, enviado pela ERS a todos os Municípios situados na área de influência dos CH:

“[...]”

*Ao abrigo das competências estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, e na sequência de solicitação de sua Excelência a Ministra da Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde deliberou proceder à elaboração de um Estudo de avaliação do cumprimento dos objectivos de melhorias de gestão que se ambicionava obter com a criação dos Centros Hospitalares, bem como de maior complementaridade na prestação de cuidados pelas diversas unidades integradas nos mesmos, com resultados expressos no acesso dos doentes aos cuidados de saúde.*

*Nessa sequência, e considerando o impacto da criação de Centros Hospitalares nas populações, julga-se oportuno solicitar a boa colaboração de V. Exa. no sentido de obter a apreciação da concreta realidade por si conhecida, seja no que respeita à proximidade e disponibilidade de serviços hospitalares para os utentes, seja no que respeita a outros aspectos relevantes, e nomeadamente atinentes à mobilidade de utentes e de profissionais de saúde, que considere úteis na apreciação em curso.”.*

Na sequência do envio deste ofício, foram obtidas doze respostas que são apresentadas e analisadas, de seguida:

### **(i) Município de Bragança (CH do Nordeste, E.P.E.)**

Destacou como aspectos positivos da criação do CH:

- a) “[...] o desenvolvimento de projectos e programas de reorganização de serviços de acção médica, nomeadamente a concentração e especialização de serviços, que anteriormente se repetiam pelos três hospitais que integram o CH, evitando perdas de eficiência e recursos financeiros”; e
- b) a criação do Centro de Cirurgia do Ambulatório e da Unidade de Convalescença e Paliativos.

Destacou como aspectos negativos da criação do CH:

- c) quanto à Unidade Hospitalar de Bragança não foram resolvidos os problemas provocados pela existência de instalações exíguas e desajustadas à nova realidade dos cuidados de saúde, sendo que das três unidades é aquela que apresenta piores condições de conforto, segurança, privacidade e atendimento dos utentes e tem problemas na contratação de novos profissionais (que preferem os hospitais do litoral).

Por último, foi ainda salientado que os cidadãos do Distrito de Bragança, caso necessitem, por exemplo de uma consulta de Dermatologia, têm de se deslocar ao CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, e para realizar alguns exames aos Hospitais do Porto.

#### **(ii) Município de Lamego (CH Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.)**

Destacou quase exclusivamente aspectos negativos resultantes da criação do CH, desde logo, em termos de gestão, verificou-se um retrocesso significativo pelas seguintes razões:

“[...]”

- a) *Deixámos de ter imensos doentes que habitualmente eram tratados em Lamego e passaram para Vila Real, nomeadamente nas áreas de Pediatria, Obstetrícia e Cirurgia Pediátrica de ORL, bem como todas as urgências cirúrgicas, apesar de termos uma equipa de cirurgiões e anestesista no actual hospital.*
- b) *Aumentaram significativamente os custos com os meios de transporte de doentes (em ambulâncias e enfermeiros) [...]*
- c) *A maioria dos doentes transportados pela urgência volta ao hospital de Lamego. Esta situação coloca, por vezes, em risco a vida do doente pela distância que tem de percorrer o que dificulta o seu acesso aos cuidados de saúde [...]*
- d) *Na gestão da unidade de Lamego, em termos de pessoal médico, abandonaram a unidade (e não foram para o Centro Hospitalar) 10 especialistas hospitalares [...]*

*e) A complementaridade que poderia e deveria ser melhor, só se verifica nas situações em que se exigem recursos técnicos muito especializados, por vezes também não existentes em Vila Real em termos de urgência e que são casos pontuais porque a maioria [dos utentes] são tratados [em Lamego], alguns fazem exames e voltam [...] e outros que deviam ir e acabam por ficar por falta de disponibilidade, em tempo útil, para o seu internamento”.*

Em termos da “[...] apreciação do impacto da criação do Centro Hospitalar, com o conceito de proximidade, [a Câmara considera que] a população [de Lamego...] saiu marcadamente prejudicada dado que o actual Centro Hospitalar penalizou gravemente os utentes da região, retirando-lhes valências – Obstetrícia, Pediatria, Bloco de Urgência, Gastrenterologia, Cardiologia e Ginecologia – o que obriga os utentes a deslocarem-se em distâncias significativamente maiores e com custos agravados”.

Outro constrangimento apontado foi a falta de transportes públicos de passageiros que liguem toda a região do Douro Sul. Em termos de recursos humanos apontou ainda que “[...] não se consegue que os especialistas de Vila Real se desloquem a Lamego para [concretizar as consultas de especialidade prometidas]” e que “O Centro Hospitalar prometeu na sua constituição assegurar a rentabilização dos recursos e optimização do serviço em benefício das populações, o que não se verifica”.

Em suma, para esta Câmara Municipal, a constituição do CH Trás-os-Montes e Alto Douro traduziu-se para Lamego num retrocesso do acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

### **(iii) Município de Fafe (CH do Alto Ave, E.P.E.)**

Em geral, considerou que a integração no CH está dentro das expectativas, no entanto, destaca “[...] as queixas ou reclamações [...] que se referem à urgência e à aparente menor qualidade dos profissionais que ali prestam serviços, talvez devido à natureza da sua contratação – outsourcing – o que, aparentemente, conduz a uma maior recurso aos serviços dos Hospitais de Guimarães, desnecessariamente [...] dado o facto do Hospital de Guimarães ter só para si, dificuldade de resposta”; e considera necessário a presença em permanência em Fafe, de um membro do Conselho de Administração do CH.

**(iv) Município de Guimarães (CH do Alto Ave, E.P.E.)**

Destacou duas componentes na sua avaliação do CH. Na componente assistência aos utentes para os quais o CH determina o seu internamento, a Câmara “[...] *classifica o serviço de muito bom, quer na qualidade de tratamento, frequência de acompanhamento médico e enfermagem, alimentação e logística de apoio [disponibilização de] recursos humanos e meios de diagnóstico*”.

Na componente disponibilidade dos serviços hospitalares no atendimento aos utentes que recorrem à urgência e às consultas externas, a apreciação da Câmara não é tão positiva, referindo que “*Há efectivas demoras no atendimento e marcação das consultas e não haverá até a mesma disponibilidade e competência na determinação dos diagnósticos*”.

**(v) Município de Vila Nova de Famalicão (CH Médio Ave, E.P.E.)**

Destacou como aspecto positivo da criação do CH a “[...] *entrada em funcionamento de um novo serviço de urgências e reabilitação e ampliação das enfermarias [...]*”. Como aspecto negativo da criação do CH destacou “[...] *o facto de o Conselho de Administração do Centro Hospitalar estar sediado na unidade de Santo Tirso, assim como os serviços centrais correspondentes, sendo a unidade de Vila Nova de Famalicão a maior das duas [...]*”.

**(vi) Município do Porto (CH do Porto, E.P.E. e CH de São João, E.P.E.)**

Em resposta ao pedido de elementos da ERS, veio a Câmara Municipal do Porto informar que não tinham informação suficiente para “[...] *prestar no âmbito de um estudo*” de avaliação dos CH com os objectivos descritos no referido pedido de elementos.

**(vii) Município de Vila Nova de Gaia (CH Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.)**

Destacou como aspecto positivo da criação do CH o facto do mesmo ter correspondido às expectativas “[...] *em matéria de proximidade, boa localização, diversidade e qualidade dos serviços prestados*”. Como aspecto negativo da criação do CH destacou “[...] *a degradação das condições logísticas, a falta de investimento na melhoria das instalações e o atraso no processo de construção do novo Centro Hospitalar, tem-se constituído como maior constrangimento à satisfação dos cidadãos utilizadores desta Unidade de Saúde*”.

### **(viii) Município de S. João da Madeira (CH de Entre Douro e Vouga, E.P.E.)**

Segundo a Câmara Municipal de S. João da Madeira a criação do CH de Entre Douro e Vouga veio agravar as condições de prestação do serviço de urgência do Hospital de S. João da Madeira, pois terá havido serviços de apoio e meios de diagnóstico que foram supridos ou diminuídos.

### **(ix) Município do Fundão (CH da Cova da Beira, E.P.E.)**

Destacou como aspectos positivos da criação do CH:

- a) a remodelação realizada na Cirurgia de Ambulatório e Medicina Interna; a implementação do Serviço de Infeciologia; o reforço dos Cuidados Paliativos (Unidade da Dor); a criação da Unidade de Cuidados de Convalescença que permitiu o acolhimento de doentes de várias especialidades que precisaram de internamentos até 30 dias; o aumento das consultas de especialidade de 2 para 15 especialidades ou sub-especialidades; o aumento de mais 30 camas devido à reorganização de serviços da Unidade de Saúde; e
- b) a melhoria da resposta a situações não urgentes com “[...] *a abertura da Consulta Aberta no Centro de Saúde do Fundão* [...]”.

Como aspectos negativos da criação do CH destacou:

- a) “[...] *o facto do Serviço de Urgências ter encerrado*”, o que foi prejudicial para a população do Fundão;
- b) na Unidade *Hospitalar Pêro da Covilhã* do CH da Cova da Beira “*O atendimento de Urgências tornou-se mais demorado* [...]”, devido à distância entre as localidades no Concelho e à aglomeração de utentes no serviço de urgências do mesmo;
- c) o “[...] *aumento da dificuldade de deslocação dos utentes à Unidade Hospitalar Pêro da Covilhã – Centro Hospitalar Cova da Beira para consultas externas e exames complementares de diagnóstico nas valências clínicas não existentes na Unidade Hospitalar do Fundão* [...] *aumentando assim as listas de espera de várias valências* [...]”;
- d) a “*Diminuição do apoio efectivo, quer na prevenção, quer no diagnóstico e tratamento que as populações usufruem devido à diminuição da proximidade e encerramento de valências*”;

- e) a “*Demora na comunicação entre o pessoal médico e o acompanhante do doente [...] atendimento diferenciado consoante se possuiu ou não pessoas conhecidas dentro do staff do Centro Hospitalar*”; e
- f) a “*Delonga na execução de exames de diagnóstico*”.

#### **(x) Município de Torres Vedras<sup>83</sup> (CH de Torres Vedras)**

Destacou quase exclusivamente aspectos negativos resultantes da criação do CH e, desde logo, que o CH de Torres Vedras tem falta de especialistas, principalmente na área materno-infantil, ginecologia e obstetrícia, devido ao envelhecimento dos quadros médicos do Hospital e falta de especialistas a nível nacional, não existindo inclusive as especialidades de Oftalmologia, Estomatologia, Pedopsiquiatria e consulta de Alcoologia.

Outros problemas detectados foram a não existência de orientações-base em termos de funcionamento do CH; a instabilidade de projectos e orientações; as constantes mudanças na orientação do Conselho de Administração; as elevadas listas de espera em medicina; e a degradação e falta de credibilidade da rede de cuidados primários, provocando uma excessiva solicitação para com o CH.

#### **(xi) Município de Lisboa (CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH Lisboa Central, E.P.E. e CH Lisboa Norte, E.P.E.)**

A Câmara Municipal de Lisboa enviou como resposta ao pedido de elementos da ERS, a “Carta dos Equipamentos de Saúde de Lisboa”, “[...] *em que é feito um diagnóstico e a avaliação das necessidades e carências em equipamentos na áreas de Cuidados Primários de Saúde, dos Cuidados Continuados integrados, e dos Cuidados Hospitalares*.”. No entanto, “[...] *o referido documento não aborda [...], em particular, aspectos relacionados com a evolução da gestão dos Centros Hospitalares [...]*”.

#### **(xii) Município de Setúbal (CH de Setúbal, E.P.E.)**

Destacou como aspectos positivos da criação do CH:

---

<sup>83</sup> Os dados enviados são relativos ao ano de 2007 e a Câmara alega que irão ser actualizados em 2012.

- a) *“No que se refere à proximidade e disponibilidade dos Serviços Hospitalares para os utentes, [podem] apontar alguns ganhos importantes, nomeadamente em cirurgias traumatológicas efectuadas no Hospital de São Bernardo sem necessidade de transferência imediata do utente para o Hospital Ortopédico do Outão”;*
- b) *Quanto ao apoio assistencial em algumas especialidades médicas, “Poder-se-á dizer que existe um acesso facilitado a uma estrutura de cuidados de saúde mais alargada aos doentes do CHS”;*
- c) *Não existem constrangimentos na mobilidade de utentes, nem de profissionais de saúde, entre as duas unidades hospitalares.*

*Destacou como elemento negativo do processo de fusão “[...] a perda de autonomia na aquisição e gestão de produtos médicos por parte dos responsáveis do Hospital do Outão, caso da esterilização”.*

## Anexo V - Evolução histórico-legislativa dos CH

Nesta secção analisa-se a evolução histórico-legislativa dos CH, estando também incluída nesta análise os CH que já deixaram de estar integrados horizontalmente.

Torna-se importante referir que os CH são, quanto à sua natureza jurídica, pessoas colectivas públicas, dotadas de autonomia administrativa e financeira e património próprio e integram vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica.

### **CH da Cova da Beira, E.P.E.**

O CH da Cova da Beira foi criado pelo do Decreto-Lei n.º 426/99, de 21 de Outubro, e integrava o Hospital Distrital da Covilhã e o Hospital Distrital do Fundão. Posteriormente, com o Decreto-Lei n.º 288/2002, de 10 de Dezembro, o CH da Cova da Beira é transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de CH da Cova da Beira, S.A, para depois o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho o ter transformado em EPE.

### **CH da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, E.P.E.**

Através da Portaria n.º 235/2000, de 27 de Abril, foi criado o CH da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, que integrou o Hospital Distrital da Póvoa de Varzim e o Hospital Distrital de Vila do Conde.

*Decorre do preâmbulo da referida Portaria que “[...] Os Hospitais Distritais da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde são estabelecimentos de pequena dimensão, com reduzida capacidade de prestação de cuidados de saúde, e situam-se, a curta distância, na mesma área geográfica. Enquanto a região não for dotada de um novo hospital, mostra-se adequado integrar estes hospitais num centro hospitalar, possibilitando a sua articulação e complementaridade, tendo em vista um melhor aproveitamento da capacidade neles instalada e uma maior rendibilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde.”.*

Em Agosto de 2008, o CH Póvoa de Varzim - Vila do Conde foi transformado em E.P.E., através do Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto.



### **CH do Médio Tejo, E.P.E.**

De acordo com o preâmbulo da Portaria n.º 209/2000, de 6 de Abril, foi criado o grupo de hospitais constituído pelos Hospitais Distritais de Abrantes, Tomar e Torres Novas, em face da “[...] *necessidade de rentabilizar recursos humanos, financeiros e técnicos, promovendo a complementaridade [...]*”.

No entanto, a Portaria n.º 1277/2001, de 13 de Novembro, extinguiu o referido grupo de hospitais e integrou-os numa única instituição com uma gestão comum designada por CH do Médio Tejo.

Em Dezembro de 2002, o Decreto-Lei n.º 301/2002, de 11 de Dezembro transformou o CH em S.A. de capitais exclusivamente públicos, com a designação de CH do Médio Tejo, S.A. e, posteriormente, foi transformado em E.P.E. pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

### **CH de Cascais**

Em 2000 é criado pela Portaria n.º 300/2000, de 29 de Maio, o CH de Cascais que integrou o Hospital Condes de Castro Guimarães – Cascais e o Hospital Ortopédico do Dr. José de Almeida (Carcavelos).

Decorre do preâmbulo da referida Portaria, que a criação do CH “[...] *expressa a determinação em potenciar, através de uma gestão comum, as capacidades disponíveis nestas duas unidades hospitalares, cuja complementaridade assistencial, aos seus respectivos técnicos, é praticamente absoluta, dada a ausência quase total de sobreposição de serviços ou áreas de prestação directa de cuidados clínicos*”.

Em 31 de Dezembro de 2008, ocorreu a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, que abrangeu os Edifícios Hospital Condes de Castro Guimarães – Cascais e o Hospital Ortopédico do Dr. José de Almeida, todos para a nova Entidade Gestora HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., no âmbito do contrato de gestão celebrado entre a ARS Lisboa e Vale do Tejo enquanto Entidade Pública Contratante e a HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A.

Desde meados de 2010, que a Nova Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar de Cascais, HPP Saúde – Parcerias Saúde, S.A., desenvolve a sua actividade no novo Hospital de Cascais, sob a designação HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.

### **CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.**

O CH de Vila Real/Peso da Régua foi criado pela Portaria n.º 1199/2000, de 20 de Dezembro, e integrou o Hospital Distrital de Vila Real e o Hospital de Nível I de Peso da Régua.

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 273/2002, de 9 de Dezembro, transformou-o em CH de Vila Real - Peso da Régua, S.A. e mais tarde, foi convertido em E.P.E. pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

Finalmente, através do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro foi criado o CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., por fusão do CH de Vila Real/Peso da Régua, E.P.E., com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego.

### **CH de Torres Vedras**

O CH de Torres Vedras foi criado pela Portaria n.º 1295/2001, de 17 de Novembro, e integrou o Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior e o Hospital Distrital de Torres Vedras.

Decorre do preâmbulo da Portaria n.º 1295/2001, de 17 de Novembro que *“Atendendo às características endógenas dos dois referidos Hospitais, mostra-se aconselhável a criação de um centro hospitalar que integre estas duas instituições hospitalares. É patente a complementaridade assistencial que decorre do perfil de ambas as instituições, já que praticamente não se verificam sobreposições de estruturas directamente envolvidas na prestação de cuidados de saúde.”*

### **CH do Alto Minho, E.P.E. (actual ULS Alto Minho)**

Em 2002 através do Decreto-Lei n.º 295/2002, de 11 de Dezembro, o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo e o Hospital do Conde de Bertiandos, de Ponte de Lima, são transformados em S.A. de capitais exclusivamente públicos, com a designação de CH do

Alto Minho, S. A. Três anos mais tarde, o CH do Alto Minho é transformado em E.P.E. pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

Finalmente, o Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro procedeu à criação da ULS do Alto Minho, E.P.E., foi criada pelo, tendo integrado verticalmente o CH do Alto Minho, E.P.E. com os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.

### **CH do Baixo Alentejo (actual ULS do Baixo Alentejo)**

O CH do Baixo Alentejo, S.A. foi criado pelo Decreto-Lei n.º 207/2004, de 19 de Agosto, e resultou da integração do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., de Beja, e o Hospital de São Paulo, de Serpa. No ano seguinte, e por força do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, o CH do Baixo Alentejo, S.A. foi transformado em E.P.E.

Posteriormente foi criada a ULS do Baixo Alentejo, que resultou da integração do CH do Baixo Alentejo, E.P.E. e dos Centros de Saúde do distrito de Beja, com excepção do Centro de Saúde de Odemira – cfr. alínea b) do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro.

### **CH do Barlavento Algarvio, E.P.E.**

Em 2004 foi criado pelo Decreto-Lei n.º 214/2004, de 23 de Agosto, o CH do Barlavento Algarvio, S.A., e integrou o Hospital do Barlavento Algarvio, S.A. e o Hospital Distrital de Lagos.

Decorre do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 214/2004, de 23 de Agosto, razões de ordem geográfica e funcional, justificaram a criação do referido CH, de forma a propiciar uma melhor racionalização de todos os recursos dos hospitais envolvidos, de forma a permitir uma gestão mais eficiente e eficaz dos mesmos. Entretanto, em 2005 o CH do Barlavento Algarvio é transformado em E.P.E. pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

**CH do Nordeste, E.P.E., CH de Lisboa Ocidental, E.P.E. e CH de Setúbal, E.P.E.**

O Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro procedeu à criação:

- a) do CH do Nordeste, E.P.E.<sup>84</sup>, que agrupou o Hospital Distrital de Bragança, S.A., o Hospital Distrital de Mirandela e o Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros;
- b) do CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., que agrupou o Hospital Egas Moniz, o Hospital de Santa Cruz e o Hospital São Francisco Xavier; e
- c) do CH de Setúbal, E.P.E., que agrupou o Hospital São Bernardo e o Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão.

**CH do Médio Ave, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E. e CH de Coimbra, E.P.E.**

O Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, procedeu à criação:

- a) do CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., como já evidenciado anteriormente, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E.P.E., com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego;
- b) do CH do Médio Ave, E.P.E., por fusão do Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso com o Hospital São João de Deus, E.P.E.;
- c) do CH do Alto Ave, E.P.E., por fusão do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E., com o Hospital de São José - Fafe;
- d) do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda-Espinho;
- e) do CH de Lisboa Central, E.P.E., por fusão do Hospital de São José, do Hospital de Santo António dos Capuchos, do Hospital de Santa Marta e do Hospital Dona Estefânia<sup>85</sup>;

<sup>84</sup> O Decreto-Lei n.º 222/2011, de 2 de Junho, criou a ULS do Nordeste, E.P.E. (por integração do CH do Nordeste, E.P.E. e do ACES do Alto Trás -os -Montes I — Nordeste).

<sup>85</sup> O Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa foi criado pela Portaria n.º 172/2011, de 27 de Abril, seguindo o modelo dos grupos hospitalares constantes no Decreto- Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, sendo constituído pelo CH de Lisboa Central, E.P.E., pelo Hospital Curry Cabral, E.P.E., e pela

- f) Finalmente, o CH de Coimbra, E.P.E., por fusão do Hospital Geral (também conhecido por Hospital dos Covões), do Hospital Pediátrico e da Maternidade de Bissaya Barreto.

No entanto, refira-se que recentemente o Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, no âmbito da reestruturação do parque hospitalar numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos — financeiros, tecnológicos e humanos — e de compatibilização de desígnios estratégicos procedeu à fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., do CH de Coimbra, E.P.E. e do CH Psiquiátrico de Coimbra, sendo criado o CH e Universitário de Coimbra, E.P.E.

No que concerne ao CH Psiquiátrico de Coimbra, torna-se importante referir que foi criado pela Portaria n.º 1580/2007, de 12 de Dezembro, e resultou da fusão dos extintos Hospitais Sobral Cid e Psiquiátrico do Lorvão e Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes.

#### **CH do Porto E.P.E. e CH Tâmega e Sousa E.P.E.**

O Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro, criou mais dois CH:

- a) o CH do Porto, E.P.E., por fusão do Hospital Geral de Santo António, E.P.E., com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis; e
- b) o CH Tâmega e Sousa E.P.E. por fusão do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E., com o Hospital São Gonçalo, E.P.E.<sup>86</sup>

No que diz respeito ao CH do Porto, E.P.E., o já referido Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, procedeu à fusão do CH do Porto E.P.E. com o Hospital Joaquim Urbano.

---

Maternidade Dr. Alfredo da Costa, que mantém a sua natureza e autonomia administrativa e financeira, bem como os respectivos órgãos de administração.

Através da Portaria n.º 214-A/2011, de 30 de Maio, é aprovado o Regulamento Interno do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa.

<sup>86</sup> Numa perspectiva histórica, cumpre acrescentar que, em 1979, pelo Decreto Regulamentar n.º 18/79, de 10 de Maio de 1979, foi criado o CH Vale do Sousa, composto pelas duas Unidades Hospitalares de Paredes e Penafiel, que em 1993 passou a designar-se Hospital Padre Américo – Vale de Sousa.

### **CH Psiquiátrico de Lisboa**

A Portaria n.º782/99, de 1 de Setembro criou o Grupo dos Hospitais Psiquiátricos de Lisboa e Vale do Tejo, integrando os Hospitais de Júlio de Matos e de Miguel Bombarda. Mais tarde, através da Portaria n.º 1373/2007, de 19 de Outubro, foi criado o CH Psiquiátrico de Lisboa, pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira e património próprio, que integrou os Hospitais de Júlio de Matos e de Miguel Bombarda.

### **CH Lisboa Norte, E.P.E.**

Nos termos do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro, “*De acordo com a prioridade da política de saúde relativa à efectiva articulação entre as diversas unidades de saúde e considerando as complementaridades existentes entre o Hospital de Santa Maria, E.P.E., e o Hospital Pulido Valente, E.P.E., e tendo em vista potenciar a articulação entre ambos — na sequência, aliás, da nomeação, em Abril de 2007, de um presidente e de um vogal executivo comuns às duas instituições*”, procedeu-se à criação do CH Lisboa Norte, E.P.E., por se considerar, como já vimos *supra*, ser este modelo o mais apropriado à gestão das unidades de cuidados de saúde diferenciados em causa, de forma a obter a maximização dos recursos envolvidos, a redução dos custos de funcionamento, bem como ganhos de produtividade e de eficiência.

### **CH Entre Douro e Vouga, E.P.E.**

O CH de entre Douro e Vouga, E.P.E., com sede em Santa Maria da Feira, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro, integrando o Hospital de São Sebastião, E.P.E. em Santa Maria da Feira, o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel em Oliveira de Azeméis.

### **CH do Oeste Norte**

O CH das Caldas da Rainha, criado pelo Decreto-Lei n.º 84/71, de 19 de Março, era constituído pelo Hospital Termal da Rainha D. Leonor, pelo Hospital Geral Sub-Regional,

pelo Hospital de Santo Isidoro e pelo Hospital de Convalescentes e de internamento prolongado.

Posteriormente foi criado pela Portaria n.º 83/2009, de 22 de Janeiro, o CH do Oeste Norte, que integrou o CH das Caldas da Rainha, com o Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira e com o Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche.

Pretendeu-se que a criação do novo centro hospitalar favorecesse a rentabilização dos recursos técnicos e humanos já existentes e proporcionasse uma resposta integrada da capacidade assistencial às populações que visa servir – cfr. preâmbulo da Portaria n.º 83/2009, de 22 de Janeiro.

### **CH do Barreiro Montijo, E.P.E.**

O CH Barreiro Montijo, E.P.E. foi criado através do Decreto-lei n.º 280/2009, de 6 de Outubro, e integrou o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo.

A criação do novo CH Barreiro Montijo, E.P.E., não determina qualquer redução de valências de cada um dos estabelecimentos de saúde objecto da presente transformação nem altera o planeamento dos cuidados de saúde já efectuado, mas visa apenas potenciar o efeito da gestão comum de dois estabelecimentos hospitalares que se complementam em termos da resposta às necessidades de cuidados à população da sua área de influência – cfr. preâmbulo do Decreto-lei n.º 280/2009, de 6 de Outubro.

### **CH de São João, E.P.E., CH do Baixo Vouga, E.P.E., CH Tondela - Viseu, E.P.E., e CH de Leiria - Pombal**

Nos termos do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração, procedeu-se à criação do:

- a) CH de São João, E.P.E., por fusão do Hospital de São João, E.P.E., com o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo;

- b) CH e Universitário de Coimbra, E.P.E., já evidenciado anteriormente, por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., com o CHde Coimbra, E.P.E., e com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra;
- c) CH do Baixo Vouga, E.P.E., por fusão do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., com o Hospital Visconde Salreu de Estarreja, e o Hospital Distrital de Águeda;
- d) CH Tondela - Viseu, E.P.E., por fusão do Hospital Cândido de Figueiredo, com o Hospital São Teotónio, E.P.E.;
- e) CH de Leiria - Pombal, E.P.E., por fusão do Hospital de Santo André, E.P.E., com o Hospital Distrital de Pombal.

De acordo com o preâmbulo do referido Decreto-Lei, a fusão dos hospitais descritos pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços. Para o efeito, entre outras consequências, a criação de todos esses CH reduz a estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas, reduzindo em mais de metade as estruturas de gestão e o número de gestores afectos a estas unidades de saúde.

Finalmente pretende ainda acentuar a importância do ensino universitário e da investigação científica desenvolvida em algumas das unidades de saúde visadas, potenciando a aposta na colaboração e na coordenação com as instituições de ensino da área de influência das unidades de saúde que lhes deram origem – cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março.



## Anexo VI – Cálculo do IDH

Para calcular o IDH de uma localidade, faz-se a seguinte média aritmética:

$$IDH = \frac{L+E+R}{3} \text{ (onde L = Longevidade, E = Educação e R= Rendimento)}$$

❖ Longevidade:

$$L = \frac{\text{Esperança de vida à nascença}-25}{60};$$

❖ Educação:

$$E = \frac{2 \times \text{Taxa de alfabetização} + \text{Taxa de escolarização}}{3};$$

❖ Rendimento:

$$R = \frac{\log_{10} \text{PIB}_{pc} - 2}{2,60206}.$$

O valor do IDH varia entre 0 e 1, sendo este último valor o que revela as melhores condições socioeconómicas. Nomeadamente, se:

- (i) o IDH de um país está entre 0 e 0,499, é considerado baixo (país ou região de desenvolvimento baixo);
- (ii) o IDH de um país ou região está entre 0,500 e 0,799, é considerado médio (país ou região de desenvolvimento médio);
- (iii) o IDH de um país ou região está entre 0,800 e 0,899, é considerado elevado (país ou região de desenvolvimento alto); e
- (iv) o IDH de um país ou região está entre 0,900 e 1, é considerado muito elevado (país ou região de desenvolvimento muito alto).

## ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE